FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 104

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 février 1883, à 1 heure

Par Pierre SABATERIE,

Né à Saint-Bonnet-le-Chastel (Puy-de-Dôme)
Le 9 août 2855.

DE L'AMPUTATION

DU

SEGMENT ANTÉRIEUR DE L'ŒIL

COMME TRAITEMENT DES ACCIDENTS SYMPATHIQUES OCULAIRES.

Président : M PANAS, *professeur.*

Juges: MM. { FERNET, *professeur.*
BOUILLY, HUMBERT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PA

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MON MAITRE

A M. LE PROFESSEUR GRANCHER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Necker.

Hommage de reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Legion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR GILLET DE GRANDMONT

Professeur libre d'ophthalmologie,
Secrétaire général de la Société de médecine pratique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR BRAVARD-DRIOLS

A MON AMI

M. Ernest PASSEMARD ET SA FAMILLE

Témoignage de sympathie et de sincère affection.

A MES AMIS

DE L'AMPUTATION

DU

SEGMENT ANTERIEUR DE L'ŒIL

COMME TRAITEMENT DES ACCIDENTS

SYMPATHIQUES OCULAIRES

INTRODUCTION.

Pendant un an que nous avons eu l'honneur de suivre les leçons de clinique ophthalmologique de M. le Dr Gillet de Grandmont, nous avons été frappé des merveilleux résultats que cet habile opérateur obtenait par l'amputation du segment antérieur de l'œil, dans les cas d'ophthalmie sympathique.

L'idée nous est alors venue de recueillir des observations et de rechercher si le procédé opératoire, mis en pratique par notre maître dans ses dispensaires de la rue Rochechouart et de la rue de l'Ancienne-Comédie, procédé qui avait déjà donné de si heureux résultats entre les mains de M. Desmarres, ne pré-

sentait pas des avantages capables de lui donner droit de préséance sur l'énucléation.

Nous avons pu nous convaincre d'après nos recherches que l'énucléation avait usurpé en partie la réputation qu'on lui a faite et que le procédé que nous voulons tirer de l'oubli où il est plongé depuis longtemps ne méritait point l'indifférence que les chirurgiens lui ont toujours témoignée.

On a été trop exclusif sur un sujet aussi important. Ce qui nous fortifie dans nos convictions, c'est que les partisans les plus chauds de l'énucléation sont aujourd'hui ébranlés, ils hésitent, tâtonnent et ne s'avancent qu'avec une extrême réserve sur ce terrain mouvant où jadis ils jouaient avec trop de certitude.

Sans vouloir nous lancer dans des discussions qui diviseront encore longtemps les ophthalmologistes sur la question si complexe et encore si mal connue de l'ophthalmie sympathique, nous avons pensé qu'il serait utile de faire connaître le résultat de nos recherches et les faits dont nous avons été témoin. Nous nous sommes efforcé de présenter, à nos lecteurs, les idées les plus récentes et les plus accréditées sur ce sujet où, peut-être un jour, tout sera à refaire. Ce n'est pas sans hésitation et sans crainte que nous abordons une étude qui est depuis 40 ans l'objet de tant de controverses. Notre travail, comme bien l'on pense, sera insuffisant; nous ne réclamons pour lui d'autre mérite que celui d'une étude basée sur des faits cliniques et de consciencieuses recherches.

PREMIÈRE PARTIE

DIVISION DU SUJET

Notre travail sera divisé en trois parties :

La première comprendra un exposé historique et étiologique des accidents sympathiques.

La deuxième sera consacrée à l'étude de ces accidents considérés dans leurs formes et leurs symptômes.

Nous traiterons dans la troisième de l'amputation du segment antérieur de l'œil, et nous discuterons les avantages que présente ce procédé opératoire sur ceux qui ont été préconisés jusqu'ici contre l'ophthalmie sympathique.

I.

HISTORIQUE.

Nous ferons connaître ultérieurement les raisons qui nous ont déterminé à substituer dans notre travail le terme d'accidents sympathiques à celui d'ophthalmie sympathique ; terme générique sous lequel on a compris des lésions oculaires les plus différentes et qui n'étaient reliées entre elles que par un simple rapport de causalité.

Nous définissons les accidents sympathiques :

Les différentes modifications morbides survenant soit dans les fonctions, soit dans la structure anatomique d'un des organes de la vision par suite de lésions d'origine traumatique ou spontanée de l'autre organe.

Les auteurs anciens sont muets sur les affections sympathiques oculaires. Il faut remonter jusqu'au XVIIe siècle pour en trouver quelques faits isolés. Le cas de Thomas Bartholin (1), celui de Bidloo, cité par Jobert de Lamballe (2), et celui de St-Yves (3) sont si vagues qu'il est impossible de conclure à priori que ces auteurs eussent connaissance des affections qui nous occupent. Il nous faut ensuite franchir trois quarts de siècle pour trouver de nouveaux faits.

En 1880, Tissot publie une observation que l'on peut regarder comme un cas d'ophthalmie sympathique. Avec le XIXe siècle, ces affections sortent des ténèbres.

Beer (4), en 1813, dit que les traumatismes violents qui exercent leur action sur un des organes de la vision peuvent non seulement détruire l'organe directement frappé, mais aussi son congénère. Il explique ce phénomène par une commotion cérébrale.

En 1818, Demours (5), le premier, disons-le à la gloire de la chirurgie française soupçonne le trait d'union

(1) Thomas Bartholin. Bibliotheca medica protha., t. III, p. 636.

(2) Jobert de Lamballe. Plaies par armes à feu. Paris, 1833, p. 137.

(3) St-Yves. Nouveau traité des maladies des yeux, Paris, 1722.

(4) Beer. Lehre van den augenkrankheiten. Wien, 1813.

(5) Demours. Traité des maladies des yeux, t. II, Paris. 1818,

des affections sympathiques. L'œil sain, dit-il, est, par sa liaison sympathique avec l'autre, continuellement exposé au même sort. Cette phrase renferme toute une révélation. A partir de ce moment l'étude de la question marche à pas de géant. Les observations se pressent et s'entassent, plus nettes et plus précises. Les théories et les hypothèses sur l'origine des affections sympathiques s'entrecroisent et se heurtent.

C'est un Français qui a montré le chemin ; les étrangers, avouons-le à regret, vont nous devancer dans cette voie.

Wardrop, en 1819, propose contre l'ophthalmie sympathique le moyen mis en usage par les vétérinaires chez les chevaux ; c'est-à-dire la destruction de l'œil primitivement lésé.

En 1834, Barton, de Manchester, parvient à arrêter sept fois le développement d'accidents sympathiques en vidant l'œil primitivement atteint à l'aide d'une incision pratiquée sur la cornée.

La même année, en France, Laugier, traducteur de Mackenzie, pratique l'opération de Barton, pour l'extraction d'un corps étranger dans un œil ; l'autre étant menacé de troubles sympathiques.

Auguste Bérard (1), en 1844, publie l'observation d'un jeune homme qui devint aveugle, à la suite d'altérations graves survenues dans un œil, grâce à une opération pratiquée sur l'autre œil.

Les auteurs que nous venons de citer s'étaient bornés à rapporter des faits. Ils ne s'étaient nullement

(1) A. Bérard. Annales d'oculistique, t. XI.

préoccupés de grouper ces faits pour en faire une affection spéciale. Pour toutes explications ils se retranchaient derrière le terme aussi vague que générique de *sympathie*.

En 1843, cependant, Himly (1) nous paraît avoir cherché une explication à ces faits quand il dit : Il existe une ophthalmie particulière qui est probablement causée par une névrite passagère.

C'était à Mackenzie qu'était réservé l'honneur de créer à l'ophthalmie sympathique une place à part dans le domaine nosologique. Pour Mackenzie (2) l'ophthalmie sympathique est une rétinite. Elle se propage par les nerfs optiques, le chiasma étant le centre de réflexion. Les lésions traumatiques d'un œil ont seules le droit de déterminer des troubles dans l'autre œil. Il considère ces troubles comme excessivement graves et conseille, comme Barton, de vider l'œil primitivement atteint non pas pour guérir l'ophthalmie qui, une fois constatée, est pour lui incurable, mais pour la prévenir.

En 1849, Tavignot (3) publie, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un travail où il cherche à renverser les théories de Mackenzie. Pour lui, l'ophthalmie sympathique est *une névrite ciliaire*. Elle n'a pas la gravité que lui prête Mackenzie et le traitement que propose ce dernier est inutile. Tavignot combat les accidents

(1) Himly. Die Krankheiten und Missbill durgen des menschlichen auges, Berlin, 1843.

(2) Mackenzie. Traité des maladies des yeux, traduit par Warlemont et Testelin, t. II, p. 118, 1844 et p. 382, 1867.

(3) Tavignot. Gazette des hôpitaux, 1349, n° 124, p. 496.

sympathiques par le calomel jusqu'à salivation. L'année 1854 est une date mémorable pour les affections sympathiques.

Withe Cooper (1), de Londres, décrit l'ophthalmie sympathique sous forme d'irido-choroïdite, à la suite d'un traumatisme violent d'un des yeux. Il émet le premier l'idée de lutter contre cette affection par l'extirpation de l'œil primitivement lésé.

La même année, Auguste Prichard (2), de Bristol, mettant à profit les idées de Cooper, pratique l'extirpation de l'œil sympathisant pour 20 cas d'accidents. Il obtient par ce procédé 20 succès. C'est le commencement de la fortune de l'énucléation qui va bientôt devenir le spécifique des affections sympathiques.

Jusqu'ici ces affections sont restées le triste apanage des lésions d'origine traumatique.

Taylor agrandit ce cercle si restreint en faisant entrer en ligne de compte les lésions d'origine spontanée. En même temps, il repousse le traitement proposé par Prichard et montre, par des faits cliniques, que l'ablation partielle ou totale de la cornée suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour arrêter les troubles réflexes.

Denonvilliers et Gosselin publient, la même année, un traité sur les maladies des yeux ; mais les auteurs ne se prononcent pas à l'endroit de l'ophthalmie sympathique.

(1) Nithe Cooper. Annales d'oculistique, 1852, t. XXVII, p. 123.

(2) Prichard. Association médicale, journal 6 octobre 1854.

(3) Taylor. Annales d'oculistique, t. XXXIV, p. 256. De l'inflammation sympathique de l'œil, Londres, 1855.

Nous en dirons autant d'un traité de Desmarres paru la même année.

En 1858, paraît la thèse de de Brondeau (1). L'auteur fait faire un pas immense à la question au point de vue de la symptomatologie, en assignant une place importante aux troubles sympathiques purement fonctionnels que nul n'avait encore songé à séparer des troubles accompagnés de lésions matérielles, seuls admis jusque-là par tous les auteurs.

La même année, Henri Muller publie un travail dans lequel il cherche à résoudre la question de la propagation du processus morbide d'un œil à l'autre.

Il place la voie de transmission des accidents dans les nerfs ciliaires; mais il conserve encore un certain rôle aux nerfs optiques.

Pagenstecher, en 1862, va plus loin. Il refuse toute intervention aux nerfs optiques dans la propagation des accidents sympathiques et incrimine exclusivement les nerfs ciliaires.

Maats, Roson expriment la même opinion quelques années plus tard.

De Graefe (2), en 1866, signale un fait, passé jusque-là inaperçu : la sensibilité de la région ciliaire au toucher. Il pose les règles de l'énucléation, en précise les indications et propose de la remplacer, dans certains cas, par la section des nerfs ciliaires.

(1) De Brondeau Thèse de Paris, 1658. Des affections sympathiques de l'un des yeux, à la suite de la blessure de l'autre œil

(2) De Graefe. Arch. f. ophthal III, p. 442 et XII, p. 100-127. — De l'ophthalmie sympathique, dans clinique ophthalmologique.— traduction de Meyer, 1866.

En 1867, nous trouvons l'ophthalmie sympathique traitée par Dolbeau (1) dans ses leçons de clinique chirurgicale,

La même année, Meyer (2) pratique trois fois avec succès la section des nerfs ciliaires, proposée par de Graefe.

Arlt, Pagenstecher et Rheindorf, à cette même époque, font des études spéciales sur la marche des accidents sympathiques, et étudient les effets et les résultats de l'énucléation. Le dernier décrit une nouvelle forme de l'ophthalmie sympathique : l'irido-kératite.

Foucher, dans un article du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, établit six variétés d'accidents sympathiques, depuis les troubles fonctionnels les plus simples, jusqu'à l'atrophie complète du globe oculaire.

Wecker, dans son traité des maladies des yeux (Paris, 1867, t. 1, p. 413), dit que l'irido-cyclite est la forme la plus fréquente de l'ophthalmie sympathique.

En 1869, nous avons la thése de Louis Laqueur sur les affections sympathiques de l'œil.

En 1870, le traité des affections sympathiques de la vue, de Mooren (3), traduit par Lebeau de Liège.

(1) Dolbeau. De l'ophthalmie sympathique, leçons de clinique chirurgicale, 1867, p. 20.

(2) Meyer. De l'ophthalmie sympathique et de son traitement par la section des nerfs ciliaires. Annales d'ocul., t. 58, p. 129-186.

(3) Mooren. Ophthalmiatrische Beobacht Funger, Berlin, 1867, p. 143.

La même année, le traité des maladies des yeux de Galezowski (1).

En 1871, la thèse de Ledoux (2).

En 1873, Dransart, dans un important travail, intitulé : « Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil », décrit des formes d'ophthalmie inconnues jusqu'alors.

En 1876, Alt, de New-York, dans un mémoire communiqué à la cinquième section du congrès international d'ophthalmologie, décrit la neuro-rétinite sympathique, déjà signalée par Dransart.

La même année, Rossander, de Stockolm, publie un important travail renfermant 90 observations se rapportant aux formes les plus variées de l'ophthalmie sympathique.

En 1878, nous avons la belle thèse d'agrégation de Reclus, dans laquelle il passe en revue les plus importants travaux faits jusqu'alors sur ce sujet et cite un grand nombre d'observations intéressantes à tous les points de vue.

Dianoux, en 1879, publie dans le *Journal de médecine de l'Ouest*, 1er trimestre, un article intitulé : « De l'énervation du globe de l'œil ».

La même année, Redard réunit dans sa thèse inaugurale tous les documents relatifs à la section opticociliaire, comme traitement des affections sympathiques.

(1) Galezowski. Traité des maladies des yeux, 1870, p. 699.

(2) Ledoux. Des affections sympathiqnes de l'œil, thèse de Paris, 1871.

En 1881, Abadie (1), par la publication de ses opérations, contribue à la vulgarisation de cette opération.

Chuffard publie cette même année sa thèse sur le traitement de l'ophthalmie sympathique.

Nous en aurons fini avec l'historique des affections sympathiques, lorsque nous aurons cité les congrès ophthalmologiques de :

Heildelberg, 1863. — Londres, 1865. — New-York, 1871. — Londres, 1872. — Bruxelles, 1873 — Genève, 1874 et 1877.

C'est dans ces différents congrès qu'ont été exposées et discutées les théories et les savantes recherches de Mooren, Rossander, Arlt, de Graefe, Schreigger, Schœler, Crichett, Alt, Meyer, Mauthner de Vienne, de Wecker, Rothmund, Horner, Becker, Cohn de Bresleau, Gayet, Czerny, et tant d'autres.

Malgré toutes les savantes discussions qui ont eu lieu dans ces grandes assises scientifiques, malgré les questions innombrables qui y ont été soulevées et traitées, on n'est point parvenu encore à déblayer le terrain si encombré de l'ophthalmie sympathique. De telle sorte qu'on est en droit de se demander si nous sommes bien plus avancés qu'on l'était au temps de Mackenzie et de Taylor.

(1) Abadie. Leçons de clinique ophthalmologique, art. Névrotomie optico-ciliaire, 1881.

II.

PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS SYMPATHIQUES.

Quel est le chemin suivi par le processus morbide pour aller de l'œil malade à l'œil sain ? Quel est le mode de production des accidents sympathiques ?

Telles sont les deux questions que nous allons essayer de résoudre. La première est de toutes celles qui se rapportent à l'ophthalmie sympathique la plus controversée ; la seconde est connue. Nous ne citerons que pour mémoire la vieille théorie qui expliquait la propagation de l'excitation réflexe en se basant sur la communauté de structure et de fonctions de l'organe sympathisant et de l'organe sympathisé.

Nous ne dirons rien également de celle qui cherchait, dans les communications qu'établirait le tissu cellulaire d'un organe à l'autre, l'explication des sympathies; pas plus que de celle qui faisait entrer en ligne de compte la continuité du système sanguin et sa distribution universelle.

Toutes ces théories plus métaphysiques que scientifiques sont controuvées par l'anatomie, les expériences physiologiques et les observations cliniques. Elles sont justement abandonnées.

Plus tard, Tiedmann avait supposé que la réflexion s'opérait d'un œil à l'autre par l'intermédiaire des filets du grand sympathique, se rendant à la glande

pituitaire. Il avait fait de cette glande un centre de réflexion. L'expérimentation physiologique eut promptement raison de cette théorie.

Bientôt Mackenzie (1) émit une théorie nouvelle qui eut, dès son apparition, un très grand retentissement :

« La principale voie, dit-il, par laquelle se propage l'ophthalmie sympathique est l'*union des nerfs optiques*. Il est extrêmement probable que la rétine de l'œil blessé est dans un état inflammatoire qui s'étend le long du nerf optique jusqu'au chiasma et de là l'irritation est réfléchie à la rétine de l'œil opposé le long de son nerf optique. » Cette théorie venait à peine de faire son apparition, que des détracteurs éminents s'élevèrent contre elle. Tavignot, Henri Muller, Pagenstecher et Czerny présentèrent des objections qui la ruinèrent complètement.

Cette théorie, en effet, est impuissante à rendre compte de la plupart des affections réflexes.

On sait, par expérience, que l'extension d'un travail morbide inflammatoire, d'un nerf optique à l'autre, demande un temps assez long pour se développer. Comment expliquer alors l'apparition et la disparition, voire même la récidive, quelquefois si rapides des accidents sympathiques.

Ils ne sont pas rares les cas dans lesquels on a assisté au triste spectacle d'un œil détruit en moins

(1) Mackenzie. Traité des maladies des yeux, traduit par Laugier, 1844.

de vingt-quatre heures par le processus morbide sympathique.

Nous avons été nous-même témoin de plusieurs de ces cas. Un entre autre nous a frappé :

Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans dont l'œil gauche était atteint d'une ophthalmie blennorrhagique.

A quelque temps du début de cette affection, l'œil droit est subitement pris de phénomènes insolites, consistant surtout en photophobie et diminution de la vision. Inconscient du danger qu'il court, le malade ne se présente que le lendemain à la consultation de M. le Dr Desprès (hôpital de la Charité). Ce malade se plaint de douleurs atroces, il a passé une nuit horrible.

L'habile chirurgien diagnostique une panophthalmite avec transformation purulente des milieux de l'œil. Pour soustraire le malade aux douleurs intolérables qu'il accusait, le chirurgien de la Charité n'eut d'autre moyen que d'ouvrir le foyer purulent en pratiquant une large incision de la cornée. La quantité considérable de pus qui s'échappa immédiatement par l'ouverture ainsi pratiquée vérifia la justesse du diagnostic.

De pareils cas ne sont malheureusement que trop fréquents.

Or, nous le demandons, est-il possible d'expliquer par une altération des nerfs optiques, altération toujours longue à se produire, l'apparition foudroyante de ces accidents réflexes. Comment, par cette même théorie, expliquer la disparition souvent aussi rapide, soit spontanément, soit à l'aide du traitement chirur-

gicale, de bon nombre d'accidents fonctionnels. Et leur récidive souvent si fréquente, comment pourrons-nous l'admettre?

Quant aux accidents qui surviennent à une époque éloignée de la lésion primitive, nous croyons pouvoir soutenir que, le plus souvent, ces accidents se montrent à la suite d'une excitation produite par un processus irritatif nouveau soit d'origine spontanée, soit d'origine traumatique.

Pour que la théorie de Mackenzie fut vraie, il faudrait que les lésions de l'œil, primitivement atteint, débutassent par le segment postérieur de l'organe, et l'auteur l'avait si bien compris qu'il invoquait une *rétinite*. Ces données sont contraires à l'observation. Dans la plupart des cas, l'ophthalmoscope montre non seulement une rétine saine, mais une papille absolument normale.

Il est d'observation que dans presque tous les cas c'est du segment antérieur, là ou réside spécialement la lésion, que part le processus irritatif. Les accidents sympathiques se sont montrés dans l'autre œil bien avant que le segment postérieur du premier ait été atteint.

Ce point de départ du processus morbide nous donnera plus tard l'explication des résultats obtenus par l'amputation du segment antérieur contre les accidents sympathiques.

Nous ferons, enfin, une dernière objection à cette théorie : c'est que de nombreuses observations ont été rapportées d'atrophie du nerf optique au moment où ont éclaté les accidents sympathiques.

Follin d'abord, Rondeau ensuite, dans sa thèse inaugurale, rejettent sur les vaisseaux sanguins de l'œil blessé toute la responsabilité des accidents sympathiques. Ces vaisseaux, qui se trouveraient congestionnés, transmettraient, grâce à leurs nombreuses anastomoses, aux vaisseaux du côté opposé une disposition analogue à celle dans laquelle ils se trouvent.

Cette théorie, comme la précédente, ne peut rendre compte de la rapidité de certains accidents sympathiques, attendu que les troubles de nutrition résultant de la congestion sanguine, invoquée ici, ne jouissent point de l'instantanéité de certains troubles réflexes.

D'un autre côté, la congestion des vaisseaux sanguins ne s'observe pas dans tous les accidents sympathiques, et ceux que nous étudierons plus tard comme purement fonctionnels ne se rattachent nullement à une congestion sanguine.

Nous ferons observer, en outre, que les troubles congestifs, quand ils existent, suivent les accidents sympathiques plutôt qu'ils ne les précèdent.

En 1849, Tavignot (1), combattant les idées de Mackenzie sur la propagation des accidents sympathiques, avait émis l'idée que ces affections devaient être attribuées à une *névrite ciliaire*. Cette opinion passa inaperçue. Henri Muller, en 1858, fit jouer aux nerfs ciliaires le principal rôle dans la propagation de l'action réflexe ; mais il conserva aux nerfs optiques une influence pour certains cas.

(1) Tavignot. Mémoire sur l'iritis sympathique, 1849.

Pagenstecher (1) et Czerny se montrèrent plus radicaux ; ils refusèrent aux nerfs optiques toute espèce de participation dans la propagation des accidents sympathiques et incriminèrent les nerfs ciliaires seuls. Une nouvelle théorie se trouvait fondée : c'était la théorie vaso-motrice. C'est cette théorie si brillamment défendue par Reclus (2) dans sa thèse d'agrégation, adoptée par Gosselin et la presque totalité des chirurgiens, que nous admettons exclusivement.

L'opinion qui fait des nerfs ciliaires la voie de propagation des accidents sympathiques n'est pas une pure hypothèse.

Elle est fondée sur l'expérimentation physiologique, l'examen histologique et l'observation clinique.

Tout le monde connaît les expériences de physiologie générale, par lesquelles Cl. Bernard et Brown-Séquard ont montré que l'excitation des nerfs sensitifs se réfléchit dans la moelle sur les vaso-moteurs et détermine des phénomènes vasculaires non seulement dans le point d'où est partie l'excitation, mais encore dans la région diamétralement opposée.

Les expériences plus récentes de Vulpian et de Snellen ont démontré que l'incitation d'un nerf sensitif se traduit par une augmentation de tension dans le système vasculaire aussi bien de la région symétrique que de la région excitée. Faisant application de ces expériences de physiologie générale pour le cas qui nous occupe, nous sommes obligé d'admettre

(1) Loc. cit.

(2) Reclus. Thèse de Paris, 1878.

qu'une irritation quelconque partie d'un point d'un des organes de la vue pourra déterminer des troubles vasculaires non seulement dans le point irrité, mais aussi dans l'organe du côté opposé.

Nous avons ainsi l'explication de la rapidité avec laquelle apparaissent et disparaissent certains accidents sympathiques : explication que les autres théories ne nous donnent pas. L'examen histologique ne vient pas moins à l'appui de cette manière de voir.

Dans tous les cas où le nerf optique a été trouvé atrophié, lorsqu'éclataient les accidents sympathiques, les nerfs ciliaires seuls étaient à l'état normal ou ne présentaient que des altérations insignifiantes.

Enfin, il est d'observation clinique, et tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, que c'est du segment antérieur de l'œil, là où s'épanouissent les nombreux plexus des nerfs sensitifs, que partent presque toujours les influences réflexes.

On a invoqué contre cette opinion l'apparition d'accidents sympathiques à la suite de la contusion du nerf optique.

On a observé en réalité de ces faits survenus après la section opto-ciliaire, l'énucléation, etc. Ces observations ne plaident pas plus en faveur de la névrite optique que contre la névrite ciliaire.

L'anatomie est là pour le prouver. Tout le monde sait que les nerfs ciliaires à leur sortie de la sclérotique sont placés très près du nerf optique ; que certains d'entre eux, ainsi que l'a démontré Sappey, viennent se perdre dans la gaine même du nerf optique.

Est-il possible, d'après cette disposition anatomique d'admettre qu'on puisse blesser ce nerf sans intéresser en même temps quelques filets nerveux ciliaires ?

Nous allons maintenant rechercher comment et où se fait la propagation de l'excitation réflexe. Quelques notions anatomiques sont ici indipensables.

Le segment antérieur de l'œil, point de départ ordinaire des accidents sympathiques, est formé par la cornée, l'iris et le corps ciliaire.

Tous ces organes sont extrêmement riches en plexus nerveux. Ranvier (1) grâce à la méthode de l'or, est arrivé à décrire dans la seule cornée 4 grands plexus et plusieurs plexus accessoires. L'iris et le corps ciliaire sont également très riches au point de vue nerveux. De ces innombrables plexus partent de nombreux ramuscules et rameux nerveux qui se réunissent par petits groupes pou former les nerfs ciliaires. Ceux-ci cheminent entre la sclérotique et la choroïde, traversent la sclérotique à proximité du nerf optique et se réunissent par groupes de 8 ou 12 pour former un faisceau à chacun des angles antérieurs du ganglion opththalmique.

Deux ou trois filets isolés gagnent directement le nasal avant sa bifurcation. Ce dernier venant se réunir au lacrymal et au frontal, au niveau de la fente sphénoïdale, pour former le nerf ophthalmique, tous les filets nerveux sensitifs du globe et de l'orbite se trouvent ainsi réunis. Par la distribution des quelques filets qui sont au nasal, s'expliquent les troubles sym-

(1) Ranvier. Traité technique d'histologie. 1882.

pathiques qu'on a parfois observés à la suite de lésions du pourtour de l'orbite.

Le nerf ophthalmique pénètre dans le ganglion de Gasser avec les deux maxillaires pour constituer le trijumeau. Celui-ci pénètre dans la protubérance annulaire au niveau du point ou elle se confond avec les pédoncules cérébelleux moyens. Ses fibres se divisent alors en deux faisceaux pour constituer, les uns la racine motrice, les autres la racine sensitive. Les fibres de la racine motrice se jettent dans un groupe de cellules nerveuses situées sur le plancher du quatrième ventricule, à l'orifice inférieur de l'aquedue de Sylvius. C'est là le noyau d'origine de cette racine. Celle-ci ne doit pas nous occuper.

Les autres fibres qui forment la racine sensitive, beaucoup plus volumineuses que la précédente, traversent la partie supérieure du bulbe et se jettent dans un groupe de cellules situées près du calamus scriptorius. C'est là le noyau d'origine de cette racine, importante pour nous.

Connaissant la route par laquelle vont passer les accidents sympathiques, voyons comment ceux-ci se comportent.

Parti du globe oculaire, le processus morbide traverse le nerf ophthalmique par les filets ciliaires directs du nasal et les nerfs ciliaires qui se rendent au ganglion ophthalmique, passe dans le ganglion de Gasser pour gagner de là le trijumeau et le noyau d'origine de la racine sensitive de ce nerf. Que devient, à partir de ce moment, le processus morbide ?

Pour nous, les cellules auxquelles viennent aboutir

les fibres nerveuses sensitives dans le bulbe, sous l'influence de l'excitation partie de l'œil lesé, subissent un ébranlement plus ou moins considérable, suivant le degré de cette excitation. Celle-ci est-elle faible ? le processus reste limité à la région du même côté ; est-elle forte ? l'ébranlement qui en résulte dans les éléments cellulaires se communique aux cellules du noyau d'origine de la racine sensitive du trijumeau du côté opposé.

De cette modification cellulaire résulte dans les fibres nerveuses sensitives de ce côté une excitation qui, parcourant inversement le chemin que nous venons de tracer pour l'excitation de l'œil primitivement atteint, aboutit à l'œil sain. A partir de ce moment, celui-ci devient le siège d'un processus irritatif qui va déterminer des troubles plus ou moins importants dans cet organe.

Nous croyons pouvoir appuyer l'opinion que nous venons d'émettre, sur l'expérimentation physiologique.

Déjà Magendie, en sectionnant le trijumeau, à sa sortie du crâne, au delà du ganglion de Gasser, et Cl. Bernard, en sectionnant ce même nerf entre son émergence et le ganglion, avaient démontré son influence dans la production des troubles trophiques de l'œil. Pour compléter ces recherches, M. Laborde a attaqué l'origine même, dans le bulbe, de la racine sensitive du trijumeau.

Le savant physiologiste a pu montrer l'influence de cette racine sur les phénomènes trophiques et les troubles de sensibilité des yeux.

En détruisant chez le chien et le lapin le noyau d'origine de la racine sensitive du trijumeau, il a observé

du côté de l'œil des troubles trophiques, consistant en congestion intense, photophobie, larmoiement, opacités, synéchies, fonte de l'œil.

Ces troubles se produisent et s'aggravent très vite, dans l'espace de dix à douze heures; ils peuvent être très accentués, l'œil peut être perdu en moins de vingt-quatre heures, par fonte purulente.

Substituons, dans ces expériences, au scalpel, l'irritation venue d'un œil lésé et aboutissant au noyau d'origine de la racine sensitive du nerf. Cette irritation va déterminer, dans les cellules de ce noyau, un ébranlement qui peut rester isolé; mais qui, dans des conditions qui nous sont inconnues, pourra influencer les cellules du noyau d'origine de la racine du côté opposé. Celles-ci deviendront à leur tour le siège d'un ébranlement analogue à celui des premières cellules, ébranlement qui déterminera des modifications pathologiques spéciales dans les éléments nerveux aboutissant à ces cellules. De ce centre d'irritation, le processus morbide se propagera par l'intermédiaire des filets nerveux sensitifs à l'œil sain dans lequel il déterminera les troubles que nous aurons à étudier plus tard. De centripète qu'elle était d'abord, l'excitation devient centrifuge, grâce aux modifications subies par les cellules des noyaux d'origine des racines sensitives des trijumaux.

Faisons, pour notre propre compte, quelques expériences qui soient à la portée de tout le monde. Sur un œil sain, touchons un peu fortement la cornée; immédiatement il se produit une occlusion réflexe des paupières, occlusion contre laquelle la volonté ne peut

rien pour l'arrêter. Que l'irritation soit plus forte ou dure un peu de temps, nous voyons immédiatement l'œil se remplir de larmes et éprouver de la photophobie. C'est ce qui se passe toutes les fois qu'un corps étranger a été projeté dans l'œil et s'est fixé sur la cornée. Si l'on vient à faire disparaître la cause de l'irritation tout rentrera dans l'ordre; mais si l'agent irritant continue son action, les troubles s'aggraveront et aboutiront à des lésions matérielles d'autant plus considérables que l'irritation aura été plus forte et plus prolongée.

Nous pourrons alors nous trouver dans les conditions spéciales dont nous avons parlé, c'est-à-dire en face d'une excitation capable de produire à son point d'arrivée un ébranlement tel que les éléments nerveux du côté opposé seront intéressés. Suivant alors une marche inverse, l'excitation aboutira à fin de compte dans l'organe opposé et y déterminera des altérations semblables à celles dont le premier est atteint. Mais si à ce moment nous intervenons, soit pour faire disparaître l'agent excitant, soit pour couper la voie de communication de l'excitation, pas de doute que les phénomènes s'amenderont et disparaîtront.

C'est à ce double résultat que nous voulons arriver par l'amputation du segment antérieur de l'œil primitivement lésé, segment qui est le point de départ ordinaire du processus irritatif et dont les nombreux plexus nerveux servent de voie de transmission à l'excitation.

Nous allons maintenant répondre à la deuxième

question que nous nous sommes posée dans ce deuxième paragraphe de notre première partie :

Quel est l'agent de production des accidents sympathiques?

Jusqu'en 1854, les accidents sympathiques étaient restés le triste apanage des lésions d'origine traumatique. L'opinion des auteurs, jusqu'à cette époque, peut-être, sur ce sujet, résumée dans cet adage:

En dehors du traumatîsme, pas d'accidents sympathiques. Il appartenait à Taylor (1) de faire sortir l'étiologie de l'ophthalmie sympathique des étroites limites où on l'avait enfermée. Cet auteur, en effet, eut le rare mérite de faire voir que les affections idiopathiques d'un œil pouvaient déterminer, dans son congénère, des troubles et des altérations semblables à celles que l'on avait décrites à la suite des lésions traumatiques.

Dans la pensée de l'auteur, cette opinion n'est pas une hypothèse purement gratuite. Il cite, à l'appui, des observations de troubles sympathiques survenus à la suite d'une ophthalmie purulente, d'un staphylôme et d'atrophie spontanée de l'autre œil. Cette théorie nouvelle ouvrit la porte à des discussions qui se sont perpétuées jusqu'à nos jours. Toutefois le mauvais vouloir et les raisonnements plus ou moins spécieux ont dû se rendre à l'évidence des faits et l'opinion émise il y a quarante-neuf ans par le chirurgien anglais, n'a plus aujourd'hui de contradicteur.

Le rôle des affections spontanées d'un œil, dans la

(1) Loc. cit.

production des accidents sympathiques, pour être moins important que celui du traumatisme, n'est pas moins incontestable.

Voici quelques chiffres que nous avons recueillis et qui, mieux que de longues phrases, donneront une idée de l'importance relative des affections idiopathiques dans la production des accidents que nous étudions.

Nous trouvons dans la thèse de P. Reclus (1) un tableau résumant 36 observations d'ophthalmie sympathique.

Dix-neuf fois l'affection est survenue à la suite de lésions traumatiques du premier œil, seize fois à la suite de lésions spontanées. Dans un cas l'origine est restée inconnue.

Sur 25 observations inédites, publiées par le même auteur, nous trouvons comme causes de l'ophthalmie sympathique : 15 fois des lésions traumatiques, 10 fois des lésions spantanées.

Taylor (2) cite 8 observations ; 4 fois les accidents ont eu pour point de départ le traumatisme, 3 fois des lésions spontanées, 1 fois l'origine des accidents est restée inconnue. Rheindorff (1865-66) a réuni 75 observations d'ophthalmie sympathique.

Dans 55 cas on a dû incriminer des lésions traumatiques, dans les 20 autres des lésions spontanées. Sur 90 observations réunies par Rossander de Stockolm

(1) Loc. cit.

(2) Taylor. De l'inflammation sympathique de l'œil, Londres, 1855, t. XXXIV, p 256.

(1876), dans un tiers des cas les troubles se sont montrés à la suite de lésions spontanées.

Alt. de New-York, sur 100 observations, a constaté 17 fois des lésions spontannées, 83 fois des lésions traumatiq uese

Sur 52 cas rapportés par Mooren (1), 31 appartiennent à des lésions d'origine traumatique, 17 à des lésions d'origine spontanée.

Sur 207 cas relevés par Vignaux, il y avait à peu près équilibre entre les deux ordres de causes.

Pagenstecher, Cooper ont cité des cas de sarcome de la choroïde ayant déterminé des accidents sympathiques.

Colberg, de Graefe, Jackobson et Landolt citent chacuu un cas de ces accidents déterminés par la présence d'un cysticerque dans le globe oculaire.

Noyes et Jeffries en ont rapporté chacun un cas à la suite d'un herpès.

Comme on peut s'en convaincre par cette statistique, que nous pourrions poursuivre bien plus loin, les lésions d'origine spontanée entrent pour une large part dans la production des accidents sympathiques.

Connaissant les deux facteurs des troubles sympathiques, voyons quelles sont les lésions appartenant à l'un ou l'autre de ces facteurs qui déterminent le plus facilement ces troubles. Les altérations du corps ciliaire, de l'iris, de la cornée et de la ehoroïde sont puissantes par dessus tout. C'est de sa richesse nerveuse que le segment antérieur tire son importance dans la

(1) Loc. cit.

production des accidents sympathiques. C'est à cette même cause qu'est due, comme nous le verrons, l'efficacité si remarquable de l'amputation de ce segment de l'œil primitivement lésé dans le traitement de ces accidents.

Relativement à l'iris, nous signalerons surtout les synéchies antérieures et l'enclavement de cet organe à la suite d'une blessure faite à la cornée.

Viennent ensuite toutes les affections du cristallin, mais surtout son déplacement. La pression qu'il exerce alors sur les parties contre lesquelles il se trouve immobilisé est un puissant moyen d'irritation des filets nerveux de ces parties.

La choroïdite, surtout lorsqu'il existe des altérations anatomiques persistantes.

De Graefe a publié, dans les Annales d'oculistique (t. XLIX, p. 137), un cas d'accidents sympathiques à la suite d'une choroïdite purulente. Les cas de ce genre sont excessivement rares. Cette rareté vient de ce que les éléments conducteurs, c'est-à-dire les nerfs ciliaires, étant détruits par la suppuration, la voie de transmission de ces accidents est interrompue. Les productions néoplasiques de toute nature peuvent, soit par compression, soit par toute autre influence irritative sur le globe, déterminer des accidents sympathiques. Parmi ces productions nous citerons surtout les coques osseuses et les dépôts calcaires si fréquents dans les moignons atrophiés, le cancer et le sarcome de la choroïde.

Bon nombre d'auteurs, considérant les coques osseuses et les dépôts calcaires comme devant fatalement

donner lieu à des accidents sympathiques, conseillent dans tous les cas l'extirpation de l'œil atrophié. Cette proposition est trop absolue. Les coques osseuses et les dépôts calcaires sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense, et si l'on se donnait la peine de faire l'autopsie des yeux atrophiés, on trouverait de ces productions dans presque la moitié des cas. Nous tirons de là cette conclusion que la présence de ces produits dans un œil atrophié n'est pas une indication formelle de l'extirpation de cet œil. Elle n'est pas davantage une contre-indication de la prothèse.

Les accidents sympathiques peuvent se montrer à la suite d'hémorrhagies intra-oculaires. On a incriminé également la présence des cristallins ou d'une partie de cette lentille dans l'œil atrophié.

La présence d'un corps étranger dans l'œil a presque toujours été regardée comme une cause fatale d'accidents sympathiques. Aussi s'empresse-t-on d'intervenir dès qu'on a pu constater l'existence de cet élément irritatif. Fréquemment, en effet, les corps étrangers déterminent dans l'œil des phénomènes inflammatoires qui peuvent se propager, surtout si le cercle ciliaire, la choroïde ou l'iris sont intéressés. Toutefois nous ferons observer qu'on a beaucoup exagéré l'importance de ce processus. Les corps étrangers peuvent s'enkyster dans l'œil, comme dans les autres parties du corps, et, une fois isolés, leur influence devient nulle. Magne, Richardson, Pagenstecher, Pamard d'Avignon ont rapporté de nombreux cas de blessures de l'œil compliquées de la présence de corps étranger sans qu'il soit survenu le moindre trouble

réflexe. Les observations de ce genre sont innombrables, nous en connaissons pour notre compte plusieurs cas. On les aurait observés encore bien plus souvent si une intervention top hâtive l'eut permis.

Convaincu que les corps étrangers ne s'accompagnent pas aussi souvent qu'on s'est plu à le dire de phénomènes inflammatoire, qu'ils s'enkystent fréquemment, nous conseillons d'attendre pour agir que des troubles réflexes se soient montrés. Dès que leur apparition est constatée, aussi légers qu'ils soient, l'indication de l'intervention est formelle.

L'amputation du segment antérieur de l'œil lésé suffira dans presque tous les cas.

Si le corps étranger est fixé sur l'iris, le corps ciliaire, le cristallin, il sera compris dans la section. S'il est fixé plus loin sur la choroïde, il sera entraîné par la suppuration consécutive. Si son siège est le fond de l'œil, l'amputation diminuant la tension intra-oculaire, et par cela même l'irritation, favorisera l'enkystement du corps et pourra ainsi être encore utile. La présence d'un corps étranger dans un moignon n'est nullement une contre-indication de la prothèse.

Dans le cas où le corps étranger est situé profondément dans l'œil et que les troubles réflexes persistent après une tentative de section partielle, il faut recourir à l'énucléation dans le plus bref délai. Une cicatrice de l'œil à la suite d'une blessure, les plaies pénétrantes ou non de la cornée et les plaies pénétrantes de la sclé-

rotique peuvent déterminer dans l'œil opposé les accidents sympathiques.

Il n'existe aucune observation de ces accidents à la suita d'une plaie non pénétrante de la sclérotique.

DEUXIÈME PARTIE

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES DIVERSES

QUE PEUVENT AFFECTER LES ACCIDENTS SYMPATHIQUES.

Les accidents sympathiques, tant au point de vue de leurs symptômes que des formes spéciales qu'ils revêtent, doivent être divisés en deux grandes classes.

La première comprendra tous les accidents qui n'intéressent que les fonctions de l'œil. Nous les décrirons sous le titre d'*accidents ou troubles fonctionnels*. La deuxième, tous les accidents qui comportent des lésions anatomiques plus ou moins considérables des tissus de l'œil. Nous les décrirons sous le titre d'*accidents de nature inflammatoire*.

Cette division est importante non seulement pour la facilité de l'étude de ces accidents, mais aussi au point de vue de leur traitement.

En décrivant ces phénomènes morbides tantôt réunis, tantôt isolés, nons chercherons à bien préciser les points où doit commencer l'intervention chirurgicale.

I

DES TROUBLES FONCTIONNELS.

De Brondeau (1) et Donders les premiers ont démontré que l'action qu'un œil lésé peut exercer sur son congénère ne se traduit pas toujours par des lésions matérielles.

De Brondeau accorde même aux troubles purement fonctionnels une très large place dans le cadre symptomatologique puisqu'il les dit plus fréquents que les lésions de nature inflammatoire.

Nous croyons faire chose utile en plaçant ici une statistique destinée à faire connaître la fréquence relative de ces cas :

Sur les 36 observations du tableau de la thèse de Reclus, 29 fois on a eu affaire à des lésions matérielles, 17 fois à des troubles fonctionnels.

Sur les 25 observations inédites du même auteur, on trouve : 16 fois des lésions matérielles, 9 fois des troubles purement fonctionnels.

Sur les 9 observations de la thèse de Laqueur, nous trouvons 6 fois des lésions matérielles, 3 fois des troubles fonctionnels.

Sur 24 observations publiées dans la thèse de de Brondeau, 11 fois lésions matérielles, 13 fois troubles fonctionnels.

(1) Loc. cit.

Sur 8 observations de Taylor, 4 fois lésions matérielles, 4 fois troubles fonctionnels.

Sur 4 observations de Lawson rapportées par Rondeau dans sa thèse, 3 fois lésions matérielles, 1 fois troubles fonctionnels.

Withe Cooper de Londres (1) cite plusieurs cas d'accidents symptomatiques bornés à des troubles purement fonctionnels.

Sur les 75 observations de Rheindorf, il y a à peu près équilibre entre les deux.

Sur 52 observations de Mooren, 16 fois les accidents ont été bornés à des troubles fonctionnnels.

Vignaux, dans sa thèse, a cité plus de 48 observations d'accidents sympathiques bornés à des troubles purement fonctionnels.

Rossander, sur 90 cas, 33 appartiennent aux troubles fonctionnels.

Sur 22 cas, Richard a observé à peu près un tiers de troubles fonctionnels.

Laugier, le traducteur de Makenzie, en cite une observation.

Tissot également, dans son traité des nerfs.

Nous en trouvons plusieurs observations dans la thèse de Rondeau.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces citations. Nous pensons que les cas que nous venons d'enumérer feront suffisamment comprendre la fréquence relative des accidents sympathiques purement fonctionnels, sur ceux s'accompagnant des lésions matérielles.

(1) Loc. cit.

Les troubles purement fonctionnels ne sont pas moins nombreux qu'ils ne sont fréquents. Nous allons les énumérer par ordre de fréquence : l'asthénopie, le larmoiement, la photophobie, la difficulté d'accommodation, la douleur névralgique, la perte momentanée de la vision, l'amblyopie, le spasme des paupières. Ces accidents peuvent se montrer simultanément ou séparément. Le plus ordinairement. ils se montrent par groupe ; rarement, il n'en existe qu'un plus rarement encore on les observe tous à la fois.

Le groupe que l'on rencontre le plus fréquemment est le suivant : asthénopie, larmoiement, photophobie, douleurs névralgiques.

Lorsqu'un œil sain vient à être influencé par un œil malade, le phénomène qui se présente tout d'abord est une fatigue rapide de la vue. Le malade ne peut supporter longtemps la lecture, sa vue s'affaiblit rapidement, les caractères s'embrouillent et se troublent. Bientôt il se voit obligé de cesser son travail.

Quelques instants suffisent pour reposer la vue et lui rendre sa netteté. Le malade peut reprendre sa lecture, mais la vue ne tarde pas à se troubler de nouveau. Le même phénomène se présente à différentes reprises, et plus le malade fait d'efforts, plus les troubles s'accentuent. C'est là un symptôme qui manque rarement.

Le larmoiement présente trois caractères principaux, il est précoce, fréquent et persistant.

La photophobie est la même que pour la kératite, les douleurs névralgiques sont plus ou moins intenses, parfois légères, d'autres fois intolérables.

Elles peuvent affecter le caractère intermittent. Le plus souvent elles occupent la paupière supérieure, la tempe et la moitié du front du côté de l'œil sympathisé. Plus rarement elles s'étendent à la paupière inférieure, à la joue et aux autres parties tributaires du trijumeau. Dans certains cas il existe une véritable céphalalgie, plus ou moins violente.

L'amblyopie n'est pas très fréquente et s'accompagne presque toujours d'autres troubles. Tantôt elle consiste en un simple rétrécissement du champ visuel, tantôt en un affaiblissement de la vision à distance. Les malades voient des nuages, des brouillards, des mouches, des phosphènes. L'amblyopie peut atteindre l'amaurose absolue sans que l'ophthalmoscope décèle dans le milieu de l'œil la plus petite lésion capable d'expliquer ce phénomène. Bien que généralement l'amblyopie s'accompagne d'autres phénomè , il existe des cas où on l'a vue rester isolée. On lira à ce sujet une très intéressante observation de Cohn rapportée par Abadie (1) dans son traité des maladies des yeux.

La perte momentanée de la vision n'est pas le phénomène le moins curieux. Certains malades se trouvent, tout à coup et sans cause appréciable, plongés dans l'obscurité. Après un temps qui est quelquefois très court, quelquefois assez long, la vue réapparaît subitement ou d'une manière progressive. En vain interroge-t-on l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, toutes les recherches sont négatives.

(1) Abadie. Traité des maladies des yeux, t. I, p. 321, 1876.

Quand au spasme des paupières qui est, de tous les phénomènes, le plus rare, il consiste tantôt en un simple frémissement du muscle orbiculaire des paupières (nystagmus), tantôt en un clignottement plus ou moins rapide, très rarement en un spasme tonique.

Donders avait prétendu qne les troubles fonctionnels ne se transformaient jamais en altérations plus graves. C'est là une exagération manifeste. Beaucoup d'auteurs, contrairement à Donders, prétendent que les troubles fonctionnels ne sont que le premier degré ou plutôt les signes avant-coureurs de lésions nutritives graves. C'est encore là une exagération.

Pour nous, la vérité est entre ces deux opinions exagérées.

Il est des cas où les accidents fonctionnels restent isolés et disparaissent d'eux-mêmes après un temps plus ou moins long pour ne jamais plus reparaître. Dans d'autres cas, ils se montrent et disparaissent à plusieurs reprises ; mais sans aggravation, rétrogradant au contraire à chacune de leur apparition et finissant par disparaître complètement.

Nous donnerons à cette forme d'accidents le nom d'*accidents sympathiques de forme irritative simple à marche rétrograde*.

Ces troubles tendant à disparaître d'eux-mêmes, nous proscrivons contre eux toute espèce d'intervention chirurgicale.

D'autres fois ces accidents persistent dès leur première apparition ou après plusieurs, et vont toujours mais insensiblement en augmentant d'intensité.

Aux douleurs de plus en plus vives, s'irradiant

surtout le pourtour de l'orbite, au larmoiement de plus en plus abondant, à la photophobie et à la diminution de plus en plus considérable de l'acuité visuelle, viennent se joindre peu à peu des phénomènes insolites, tels que: injeetion de la conjoncture, gonflement des paupières, etc.

Ces accidents n'ont aucune tendance à rétrograder. La persistance de ces phénomènes, leur aggravation incessante sont pour nous une indication capitale. Les phénomènes inflammatoires sont a la porte. Il faut se hâter d'agir. Toute tentative d'expectation peut devenir funeste ou tout au moins compromettre un succès qui est alors assuré. Nous appellerons ces troubles accidents sympathiques de forme irritative nerveuse grave, à marche progressive. Comment interviendrons-nous ?

Le traitement médical est le plus souvent impuissant et comporte le grave inconvénient de faire perdre un temps précieux. Cependant si l'œil primitivement atteint conserve encore un peu de vision, que les phénomènes réflexes ne soient pas très accentués, nous conseillons les antiphlogistiques; mais en recommandant bien au chirurgien de surveiller attentivement son malade afin d'être toujours prêt à intervenir chirurgicalement. Dès qu'il a constaté la persistance des accidents sans aucune amélioration après une ou deux tentatives faites avec le traitement médical, l'hésitation n'est plus permise, le traitement chirurgical seul arrêtera la marche des accidents. Si l'œil sympathisant est perdu pour la vision, nous ne faisons plus aucune réserve. On a tout à gagner et rien à perdre

avec le traitement chirurgical. Le chirurgien devra immédiatement procéder à l'autopsie du segment antérieur de l'œil. Cette opération lui donnera au point de vue thérapeutique les mêmes résultats que l'énucléation et des avantages incontestables sur celle-ci au point de vue de la prothèse et de la conservation des formes physiques.

C'est ce que prouvent les observations qui suivent.

OBSERVATION I (personnelle)

Prise au dispensaire du Dr Gillet de Grandmont.

M. Victor L...(du département de l'Aisne), âgé de 35 ans, ouvrier boutonnier, excellente constitution, reçoit le 2 juillet 1880 un éclat d'os dans l'œil droit. D'après le récit du malade, au moment de l'accident, il s'écoula une grande quantité de larmes mêlées de sang. Les douleurs furent excessivement vives. L'œil fut pansé tant bien que mal, le malade habitant un village dépourvu de médecin. Il survint une inflammation intense, et les douleurs devinrent de plus en plus vives jusqu'au sixième jour. Une perforation de la cornée s'étant alors produite, il s'écoula une assez grande quantité de pus.

Les douleurs diminuant, mais l'inflammation et la suppuration persistant, le malade se décida à faire le voyage de Paris pour voir un médecin.

Il s'adressa à M. Desmarres qui, grâce à un traitement antiphlogistique énergique, obtint la résolution de tous les phénomènes inflammatoires, en 15 jours. La perforation de la cornée fut rapidement cicatrisée, mais la vue à jamais perdue. De retour chez lui, le malade reprit ses occupations et pendant deux ans n'éprouva aucun phénomène. Le 12 avril 1882, après s'être couché dans de bonnes dispositions, il fut tout à coup réveillé par une douleur excessivement vive siégeant dans le globe oculaire droit, en même temps survint un peu de larmoiement. Le malade passa le reste de la nuit sans pouvoir dormir. Espérant que ces phénomènes se dissiperaient, il resta quelques jours sans travailler, l'œil recouvert d'un bandeau. Les symptômes ne firent qu'empirer, l'œil devint rouge, de petits abcès se formèrent sur la cornée. Quelque temps

après le malade éprouva de vives douleurs dans l'œil gauche, il remarqua en même temps que sa vue faiblissait et devenait trouble; l'œil de ce côté était larmoyant. Justement effrayé, il revient à Paris et se présente le 15 mai au dispensaire de M. de Grandmont, rue de l'Ancienne-Comédie. Voici ce que nous avons constaté lors de son entrée :

Le globe oculaire droit est légèrement diminué de volume, le tiers inférieur de la cornée a disparu; un tissu cicatriciel assez résistant en tient la place. Les deux autres tiers de la cornée présentent trois petites perforations, par lesquelles se fait un léger suintement purulent. La conjonctive est fortement injectée, les larmes coulent en abondance.

L'œil gauche est le siège de douleurs vives s'irradiant dans toute la région périorbitaire, et augmentant par la pression. Il y a de la photophobie assez accentué, et le malade tient ses paupières fermées. L'acuité visuelle est considérablement diminuée, le malade ne peut lire que la troisième ligne de l'échelle de Snellen. La conjonctive est rouge sur toute sa surface, les paupières sont légèrement gonflées et l'œil larmoyant. Malgré tous ces symptômes, l'ophtalmoscope ne décèle rien de saillant sur les membranes profondes de l'organe et les milieux de l'œil sont parfaitement sains. Averti du danger que court sa vue ; informé des avantages qu'il pourra retirer, tant au point de vue de la cure des accidents déjà existants que de ceux à venir, au moyen de la section d'une partie du globe oculaire droit ; rassuré en même temps sur l'inocuité de cette opération et sur les avantages qu'elle procure au point de vue prothétique, le malade l'accepte immédiatement. Séance tenante, M. de Grandmont pratique l'amputation du segment antérieur du globe oculaire droit, après avoir anesthésié le malade, sur sa demande. Un pansement antiseptique ouaté maintenu par une bande de flanelle exerçant une légère compression, est placé sur le globe opéré et sur l'œil gauche. La nuit qui a suivi l'opération a été calme. Le malade a bien dormi. Le lendemain, il est tout surpris de ne plus ressentir ses douleurs qui le faisaient tant souffrir, la veille encore, dans l'œil gauche.

Deux jours après on enlève le pansement ; le malade ouvre les paupières, l'œil gauche n'est que très peu impressionné par la lumière, la conjonctive est moins rouge et les paupières ne présentent aucune trace de gonflement. Quatre jours après tous les accidents que nous avons signalés avaient complètement disparu. Le sixième jour on rendait sa liberté à l'œil gauche.

Le 27 mai, la cicatrisation du moignon à droite était complète

la vision dans l'œil gauche absolument normale ; le malade lisait, à 5 mètres tous les numéros de l'échelle de Snellen. Nous conseillons au malade de retourner dans son pays et de ne revenir que dans un mois, pour la prothèse. La rétraction du moignon étant alors complète, la prothèse est plus avantageusement applicable.

De retour chez lui, le malade reprend son travail. A la date du 18 juin, il nous écrit ce qui suit : « Je me hâte de vous informer des suites de la guérison de mon œil, comme il avait été convenu avant mon départ. J'ai repris mon travail aussitôt après mon retour, et je vais très bien. Je suis heureux et content ; car je ne ressens aucune douleur. Je vous serai toujours profondément reconnaissant. »

Il revient à l'époque que nous avions fixée pour la prothèse. L'appareil artificiel s'adopte à merveille sur le moignon. Les paupières sont normalement relevées par cet appareil et se referment exactement sur lui. Celui-ci exécute tous les mouvements de l'œil sain et dans toute leur étendue; aucune dépression au niveau de l'orbite de côté de la face. Le malade retourne dans son pays où il fait l'étonnement de tous ses amis et connaissances qui croient qu'on lui a remis un œil physiologique.

Il nous a communiqué toutes ses impressions et régulièrement tous les mois nous a donné de ses nouvelles. C'est là, nous pouvons le dire, sans crainte d'être démenti, un résultat merveilleux.

OBSERVATION II (personnelle, même origine).

Plaie pénétrante de l'œil droit. Cataracte traumatique. Perte de la vision de ce côté, atrophie du globe ; apparition de troubles sympathiques fonctionnels; amputation de l'hémisphère antérieure de l'œil. Guérison.

Anna B..., 15 ans, écolière, constitution lymphatique.

Cette malade a perdu l'œil droit il y a cinq ans à la suite d'une plaie pénétrante produite par un coup de canif.

Depuis cet accident, chaque année et à peu près à la même époque, Anna B... éprouve des douleurs très vives qui partent du globe oculaire droit, s'irradient sur le pourtour de l'orbite, à la paupière inférieure, à la joue dans une certaine étendue et à toute la moitié correspondante de la tête. Ces douleurs persistent pendant un ou deux mois et disparaissent peu à peu à l'aide d'un traitement antiphlogistique approprié, pour reparaître l'année suivante.

Aucun trouble jusqu'ici dans l'œil gauche. A chaque apparition de ces douleurs névralgiques, la malade est venue consulter M. de Grandmont. Nous voyons cette malade pour la première fois le 19 février 1882. Depuis six jours ses douleurs l'ont reprise ; mais avec une telle intensité qu'il lui est impossible de goûter un instant de repos. Elle nous dit, en outre, que depuis deux ou trois jours elle avait remarqué que l'œil gauche se fatiguait rapidement et que, par moments, elle voyait trouble. Voici ce qui résulte de notre examen : Le globe oculaire droit est volumineux, mais paraît subir un commencement d'atrophie. La cornée présente une cicatrice à peu près centrale mesurant environ 7 millimètres d'étendue, elle est restée transparente. Le cristallin est cataracté, la conjonctive fortement injectée, les paupières rouges et mouillées par d'abondantes larmes.

Il existe à gauche une légère diminution de l'acuité visuelle et un peu de photophobie. Si l'on presse sur cet œil, la malade accuse immédiatement de la douleur. L'examen ophthalmoscopique ne donne aucun résultat.

En présence de ces phénomènes, M. de Grandmond propose aux parents de la malade de réséquer la moitié antérieure de l'œil perdu, et cela non seulement dans le but d'arrêter un commencement de développement d'accidents réflexes, mais aussi pour soustraire la malade aux cruelles douleurs périodiques auxquelles elle est en proie depuis cinq ans. Les parents ayant accepté, l'opération fut pratiquée aussitôt, après anesthésie.

Les prévisions de notre maître furent pleinement justifiées. Les suites de l'opération furent des plus simples et des plus heureuses. Tous les phenomènes tant à gauche qu'à droite disparurent rapidement.

La cicatrisation de la plaie se fit en quelques jours. La malade resta avec un superbe moignon sur lequel repose aujourd'hui un appareil artificiel qui cache si bien la mutilation subie par la malade, qu'il est impossible de dire à première vue quel est le bon œil. Nous avons reçu récemment la jeune fille ; elle n'a jamais éprouvé, depuis son opération, la moindre douleur.

OBSERVATION III (même origine).

Perte de l'œil droit à la suite d'une blessure remontant à 30 ans. Irido-choroïdite récente. Menaces d'accidents sympathiques. Isidectomie insuffisante. Amputation du segment antérieur de l'œil. Guérison.

T. P., 45 ans, employé au ministère de l'instruction publique ; très bonne constitution. Ce malade se fit, par mégarde, il y a 30 ans, une blessure profonde de l'œil droit avec un canif. Il en résulta une ophthalmie avec hernie de l'iris et cataracte traumatique. La hernie irienne fut réduite aussitôt, les phénomènes inflammatoires disparurent à la suite d'un traitement approprié, le globe oculaire reprit son aspect, la cornée son poli, mais la cataracte persista et la vision ne reparut plus. Le malade, jusque-là, n'avait jamais rien éprouvé dans cet œil, lorsqu'un jour du mois de mars 1881, sans savoir à quoi l'attribuer, le malade s'aperçut que cet œil était plus rouge que d'habitude. Il y ressentait en même temps une douleur contuse, cet œil lui pesait, suivant son expression. Le lendemain, ces phénomènes étaient plus accentués et s'accompagnaient de larmoiement. En quelques jours, ces accidents furent si prononcés que le malade effrayé courut consulter M. Wecker. Ce chirurgien ayant exprimé à son client ses craintes sur le sort de l'œil sain, lui proposa l'extirpation de l'œil perdu pour éviter plus tard des accidents graves. Le malade refusa.

Sous l'influence de l'occlusion de l'œil à l'aide d'un bandeau, les phénomènes précédents s'amendèrent peu à peu et finirent par disparaître ; mais ce ne fut que pour reparaître au mois de mars 1882, c'est-à-dire un an plus tard. Ils affectèrent une marche beaucoup plus rapide.

L'œil gauche éprouva bientôt un peu de fatigue et accusa un peu de douleur, surtout à la pression. Effrayé, le malade se rendit un matin à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Il fut reçu dans le service de M. Panas, qui pratiqua une iridectomie. « Je suis convaincu, disait à ses élèves le savant professeur d'ophthalmologie dans une leçon sur ce malade, que tôt au tard on sera dans la nécessite de faire chez ce malade l'énucléation de l'œil. » La rougeur de la conjonctive et les douleurs névralgiques persistèrent malgré cette opération. Bientôt elles s'accentuèrent au point de devenir intolérables ; survint un larmoiement abondant.

La fatigue rapide et les quelques douleurs qui s'étaient primitivement montrées dans l'œil gauche avaient bien fini par disparaître ; mais elles revinrent. L'acuité visuelle baissa dans cet œil, et le malade se vit bientôt dans l'impossibilité de soutenir la lecture et la lumière. C'est alors qu'il s'adressa à M. de Grandmont. Voici le résultat de l'examen fait par notre maître. Œil droit : paupières légèrement gonflées, vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique injectés, douleurs vives augmentant par la pression.

A l'éclairage oblique : la cornée présente une cicatrice centrale mesurant environ 8 millimètres, la surface cornéenne est légèrement dépolie, l'humeur aqueuse est troublée, l'iris décoloré tiré en arrière par des synéchies et recouvert de dépôts plastiques.

L'éclairage du fond de l'œil est impossible.

Œil gauche : le malade y accuse de la fatigue, de la pesanteur; la pression y détermine une douleur assez vive ; l'acuité visuelle est diminuée, le malade ne lit que les trois premiers numéros de l'échelle de Smellen.

Ni l'éclairage oblique ni l'ophthalmoscope ne décèlent quoi que ce soit dans les milieux.

Pour mettre le malade à l'abri d'accidents sympathiques plus graves dans l'œil gauche et pour remédier aux troubles qui vont toujours en s'aggravant dans l'œil droit, M. Grandmont propose au malade l'amputation du segment antérieur de cet œil. Le malade accepte. Opéré le 9 du mois de mai, il quitte le dispensaire le 19 dans les meilleures conditions. Il continue quelque temps encore chez lui le pansement antiseptique par occlusion qu'on lui faisait à la clinique. Un mois après il était guéri. Trois semaines plus tard la prothèse fut faite. Nous avons revu le malade depuis, il n'a jamais plus rien éprouvé. L'acuité visuelle dans l'œil gauche est absolument normale.

OBSERVATION IV (personnelle, même origine).

Atrophie de l'œil droit remontant à 20 ans. Apparition récente de phénomènes inflammatoires dans le moignon. Troubles sympathique à gauche. Amputation du segment antérieur de l'œil. Enucléation consécutive.

Mlle Artémise P..., femme de chambre, 23 ans. forte constitution. A perdu l'œil droit à l'âge de 3 ans d'une ophthalmie consécutive, à la projection dans l'œil d'un mélange d'huile, de vinaigre,

de poivre et de sel. Nous trouvons cette malade le 29 juin 1882 à la clinique de M. de Grandmont. Voici ce que nous révèle son interrogatoire :

Pendant 12 ans elle n'a jamais éprouvé le moindre phénomène dans l'œil atrophié. A l'âge de 16 ans, ayant été placée en condition, elle se vit dans la nécessité de porter un œil artificiel pour cacher la difformité résultant de l'atrophie de l'œil droit. Peu de temps après l'application de cet appareil, elle éprouva dans le moignon quelques douleurs, d'abord vagues et passagères. Ces douleurs apparaissaient et disparaissaient d'elles-mêmes sans préoccuper beaucoup la malade. Trois ans se passèrent de la sorte. Les douleurs se transformèrent en de véritables migraines, revenant tous les mois et durant de 6 à 10 jours. La santé générale de la malade subit une atteinte profonde. Elle perdit l'appétit, fut sujette à des maux d'estomac fréquents et à des attaques nerveuses hystériformes.

Depuis 8 jours les douleurs sont devenues si intenses dans toute la moitié droite de la tête et de la face qu'il lui est impossible de reposer. Depuis 4 à 5 jours l'œil gauche est devenu douloureux, il s'en écoule d'abondantes larmes, la vision y est tellement faible et si troublée que la malade a dû cesser tout travail.

A l'examen nous constatons, dans la cavité orbitaire droite, la présence d'un appareil artificiel, présentant une solution de continuité centrale et une surface antérieure dépolie et rugueuse. Après avoir fait enlever cet appareil, nous trouvons la face postérieure des paupières et toute la partie antérieure vide de l'orbite, très rouges et inondées d'un liquide muco-purulent. Le moignon est enflammé. La cornée est détruite dans son tiers inférieur ; les deux tiers supérieurs sont dépolis, rugueux et enflammés. Si l'on touche cette partie avec un stylet, on provoque une vive douleur, et les paupières se ferment aussitôt.

La pression exercée sur le globe avec le doigt, par-dessus les paupières, est extrêmement douloureux.

L'œil gauche est le siège d'assez vives douleurs qui sont augmentées par la pression.

La conjonctive est injectée ; il y a de la photophobie et la malade accuse une sensation de gravier ; la cornée est absolument normale. La pupille est dilatée et la dilatation persiste à la lumière. Tous les milieux de l'œil sont perméables à la lumière et sains. L'ophthalmoscope montre les vaisseaux du fond de l'œil très saillants, la pupille légèrement tuméfiée.

La vision est considérablement diminuée.

La malade, à deux mètres, ne lit que les deux premières lignes de l'échelle de Snellen. Léger blépharospasme clonique.

En présence de ces symptômes, l'hésitation n'était pas permise, bien qu'on pût les rattacher à l'irritation déterminée par un appareil prothétique mal conditionné. M. de Grandmont pratique l'amputation du segment antérieur de l'œil atrophié.

En peu de temps tous les phénomènes s'amendèrent. Le 13 juillet, la malade quittait le dispensaire, dans d'excellentes conditions, et tout faisait espérer que ces conditions persisteraient.

Le 2 août, alors que nous pensions revoir la malade pour la prothèse, elle revient pour ses douleurs qui ont reparu.

Les phénomènes qu'elle éprouve et ceux que nous pouvons constater ne laissent aucun doute : ce sont les mêmes accidents qu'avant l'amputation qui reviennent. M. de Grandmont pratique l'enucléation du moignon. Les phénomènes s'amendent de nouveau. La malade quitte le dispensaire 25 jours après l'opération. Son état est amélioré, mais non guéri complètement, car la vue à gauche reste inférieure à la normale, et la malade éprouve par moment des crises douloureuses assez vives du côté de l'œil opéré.

M. Poncet, de Cluny, ayant bien voulu se charger de l'autopsie du moignon de cette malade, l'a trouvé envahi par une coque osseuse d'ailleurs peu volumineuse.

Nul doute que c'est à l'irritation produite par ce néoplasme qu'il faille attribuer les phénomènes que nous venons de décrire. L'énucléation seule, en faisant disparaître la cause occasionnelle de ces symptômes, pouvait donner une amélioration, sinon une guérison complète. Nous ferons observer, toutefois, que les mauvaises conditions de la prothèse que nous avons signalée ont pu être le point de départ de ces accidents.

OBSERVATION V (personnelle, même origine).

Blessure pénétrante de l'œil gauche, produite par une plume métallique. Irritation sympathique de l'œil droit. Amputation de l'hemisphère antérieur gauche. Guérison.

Joseph V..., 9 ans, écolier, est frappé, le 30 mai 1882, par un de ses camarades, d'un coup de porte-plume, qui l'atteint à l'œil gauche. Un médecin appelé aussitôt fit un premier pansement, et

le lendemain le petit malade fut amené par ses parents à la clinique de M. de Grandmont.

Voici ce qu'il nous raconte :

Aussitôt après avoir été frappé, il s'écoula de son œil une assez grande quantité d'eau mêlée d'un peu de sang. Il lui sembla que son œil se vidait. La vision fut immédiatement abolie. Les douleurs apparurent vives et persistantes ; le petit malade a passé toute la nuit à pousser des cris.

Voici ce que nous révèle l'examen :

Du côté de l'œil traumatisé : emphysème considérable des paupières; plaie de la cornée mesurant environ un demi-centimètre de long, à bords déchiquetés, présentant un aspect noirâtre, dans une assez grande étendue; indice d'un commencement de sphacèle. La cornée est emphysémateuse.

La chambre antérieure est presque entièrement occupée par une collection purulente, on y aperçoit très distinctement deux énormes bulles d'air.

La présence du pus masque l'iris et le cristallin, qui doivent avoir été atteints. Impossible d'éclairer le fond de l'œil. Les douleurs sont très vives et augmentent par la pression ; elles s'irradient à l'orbite et arrachent des cris continuels au petit malade. Les larmes coulent abondamment.

L'œil droit présente un peu de rougeur et une légère photophobie. En présence de ces accidents, l'œil gauche étant perdu, le droit très menacé, M. de Grandmont propose d'enlever l'œil traumatisé. Les parents refusent cette opération. On fait au malade un pansement antiphlogistique. Le soir il est pris d'une fièvre intense. (P. 110. T. 39 1/2).

Le malade passe la nuit à pousser des cris.

Le lendemain, nous trouvons tout le globe envahi par l'inflammation, la cornée est presque complètement sphacélée. La tension oculaire est énorme ; impossible de voir quoique ce soit à l'ophthalmoscope. Les douleurs névralgiques s'étendent à tout le côté correspondant de l'orbite et du front.

L'œil droit paraît un peu plus rouge, le malade y accuse quelques petites douleurs, il est larmoyant. En face du danger qui menace cet œil, en présence de la résistance des parents qui s'opposent absolument à l'énucléation, M. de Grandmont pratique l'amputation du segment antérieur de l'œil gauche. Au moment de l'incision, une quantité considérable de pus s'échappe avec force et en produisant un bruit de glouglou, bruit dû à la sortie des bulles d'air.

Le soir même, les douleurs avaient diminué d'intensité et la fièvre baissée (P. 100, T. 38°). La nuit a été calme ; le malade a sommeillé. A la consultation du lendemain, nous trouvons le malade sans réaction fébrile. Les douleurs sont dissipées et on peut laver l'œil sans provoquer aucun symptôme douloureux dans le moignon.

L'œil droit est tout à fait normal

Les suites de l'opération furent des plus heureuses.

La guérison fut complète en trois semaines.

Le malade resta avec un moignon parfaitement conformé. Un mois après, la prothèse donna les meilleurs résultats. Nous avons revu le malade récemment. Il est dans des conditions aussi parfaites qu'on peut le désirer.

II.

LÉSIONS DE NATURE INFLAMMATOIRE.

Dans la première catégorie d'accidents que nous avons étudiés nous n'avons pas trouvé trace d'inflammation. Celle-ci est le point de départ de toutes les lésions que nous allons décrire dans cette seconde catégorie. Ce sont ces accidents auxquels nous voudrions voir borner la dénomination d'*ophthalmie sympathique*, car il nous paraît peu logique de décorer de ce titre pompeux chacun des accidents de la première catégorie, qu'ils se présentent isolément ou séparément. Il serait peut-être même préférable, au point de vue de la précision, de voir disparaître le terme si générique d'*ophtalmie* comme compagnon inséparable du qualificatif *sympathique*. Il serait peut-être plus avantageux de remplacer une expression aussi vague et qui exprime ici une idée si générale, par des dénominations tirées du nom de l'organe intéressé sui-

vies du terme *sympathique*. Les lésions résident-elles dans l'iris, dans le cercle ciliaire, dans la choroïde, ou bien dans plusieurs de ces organes à la fois pourquoi ne pas dire : iritis, cyclite, choroïdite, sympathique ; irido-choroïdite, irido-cyclite, choro-irido-cyclite, sympathique.

Ces dénominations seraient sans doute nombreuses mais elles nous feraient connaître à la fois la nature de l'affection et son siège.

Nous réserverions la dénomination d'ophthalmie sympathique à l'inflammation totale de l'œil. C'est pour ces différentes raisons que nous avons cru devoir remplacer dans notre travail le terme d'ophthalmie sympathique par celui d'accidents sympathiques.

Avec tous les auteurs nous diviserons les affections sympathiques d'origine inflammatoire en 3 classes. 1° les accidents qui affectent la forme séreuse ; 2° ceux qui affectent la forme plastique. Nous étudierons dans la troisième classe les formes de ces rares accidents.

1° *Accidents de forme séreuse.* — Dans les 4/5 des cas ils débutent par le cercle ciliaire, l'iris et la choroïde. Chacun de ces organes peut être touché isolément ; mais le plus souvent ils le sont simultanément, soit d'emblée, soit par propagation du processus inflammatoire d'un organe à l'autre.

La forme séreuse, dite encore à exsudat liquide, est rare. Elle peut survenir d'emblée ou succéder à des troubles fonctionnels. Sa marche est essentiellement

chronique et ce n'est que progressivement qu'elle amène la destruction de l'œil atteint.

Elle présente avec la forme platisque plusieurs symptômes communs, dont le plus important est une douleur spéciale qui a été très bien décrite par de Graefe. Cette douleur peut siéger sur tous les points de la partie antérieure de l'œil où on peut la réveiller par la plus légère pression. Mais son point d'élection est la partie supéro-interne de l'insertion de la cornée avec la sclérotique. De Graefe conseille, pour chercher ce point douloureux, de promener un stylet mousse sur le pourtour de la cornée. L'existence de ce point étant une indication pour l'intervention chirurgicale, on comprend combien il doit être important d'explorer l'œil tous les jours.

Du globe oculaire part fréquemment une douleur qui s'irradie dans les régions voisines en suivant les filets du trijumeau. Surviennent ensuite les troubles de la vue : parésie de l'accommodation, diminution de l'acuité visuelle, mouches volantes, phosphènes, anneaux irisés. En examinant l'œil malade on aperçoit un cercle périkératique assez prononcé. La chambre antérieure est agrandie par suite de la plus grande abondance de liquide.

La cornée perd sa transparence et l'on voit une espèce de pointillé dû à des dépôts sur la membrane de Descemet (kératite ponctuée).

Ces dépôts, formés de débris d'épithélium flottent quelquefois librement dans l'humeur aqueuse, s'accumulent à la partie inférieure de la chambre antérieure et subissant l'action de la pesanteur, se déplacent sur-

vant l'inclinaison de la tête du malade. La pupille paraît dilatée ; l'iris perd son éclat, ses mouvements sont lents et paresseux, il se contracte difficilement sous l'influence de la lumière. Souvent les milieux de l'œil sont troublés; mais généralement ils permettent l'examen ophthalmoscopique. En explorant l'œil par le toucher avec la pulpe des doigts indicateur et médius, on constate une augmentation de tension. Cette forme a une très grande tendance à envahir les parties profondes. Aussi l'intervention chirurgicale qui peut seule arrêter les phénomènes ne doit-elle pas se faire attendre. Dès qu'on a constaté la présence du point douloureux de de Graefe, la dilatation de la pupille et l'augmentation de la tension oculaire, il faut immédiatement pratiquer la section de l'hémisphère antérieur de l'œil sympathisant ; opération qui suffira largement pour arrêter la marche des accidents.

Si la résolution, une fois l'opération faite, traînait en longueur, nous conseillons pour la hâter, de pratiquer la paracentèse de la chambre antérieure de l'œil sympathisé.

2° *Accidents de forme plastique.* — C'est la forme la plus fréquente ; sa marche est beaucoup plus rapide et plus redoutable que celle de la forme séreuse. Elle peut également succéder à des troubles fonctionnels ou éclater d'emblée. Elle consiste quelquefois en une attaque foudroyante. En quelques heures la vision est abolie, l'œil perdu. Le plus souvent, néanmoins, les phénomènes se succèdent à peu près dans l'ordre suivant : fatigue de la vue, difficulté d'accommodation,

douleur vive partant du cercle ciliaire et s'irradiant au pourtour de l'orbite, augmentant par la pression. Le point douloureux de de Graefe est rapidement et facilement perceptible. Les phénomènes précédents sont bientôt suivis des symptômes d'une inflammation intense : rougeur et gonflement des paupières, injection des vaisseaux dé la conjonctive et de la sclérotique, cercle périékratique, parfois véritable chémo sis. Tout le globe de l'œil présente une coloration violacée, indice de troubles circulatoires profonds. A l'éclairage oblique on constate des dépôts ponctiformes et purulents sur la surface postérieure de la cornée ; un trouble plus ou moins considérable de l'humeur aqueuse, dû à la présence de dépôts plastiques.

On a observé l'hypopion et l'hypohéma, toutefois ces faits sont rares. L'iris est dépoli, décoloré, gonflé, déformé par des synéchies qui fixent rapidement le bord pupillaire à la cristalloïde antérieure. Si les synéchies sont totales, l'iris prend un aspect infundibuliforme. Les vaisseaux, extrêmement gorgés, deviennent apparents. Par suite de son augmentation d'épaisseur, l'iris paraît repoussé en avant, la chambre antérieure se trouve diminuée. Toute la surface irienne est encroûtée de dépôts plastiques qui donnent à cette membrane un aspect tomenteux et bosselé. L'ouverture pupillaire elle-même peut être envahie, oblitérée par les exsudats. L'humeur aqueuse est floconneuse, remplie de débris d'épithélium, de mollécules graisseuses et de fibrine coagulée.

A un degré plus avancé le tissu irien se désagrège et se détruit. Les troubles de l'humeur aqueuse et l'oblitération plus ou moins complète de l'ouverture pu-

pillaire empêchent le plus souvent l'examen du fond de l'œil.

Lorsque cet examen est possible, on constate dans le corps vitré des masses flottantes, des stries tantôt rougeâtres, tantôt noirâtres, adhérentes par une de leurs extrémités à la zone ciliaire. Les hémorrhagies de la choroïde, le décollement de la rétine, la ramollissement du corps vitré sont assez fréquents mais difficilement perceptibles.

Le cristallin devient opaque, l'œil perd sa consistance et s'atrophie. Une douleur excessivement vive au début, surtout à la pression, et la photopsie, sont deux signes importants qui permettent de reconnaître l'extension de l'inflammation au cercle ciliaire. La cécité survient tantôt progressivement, tantôt d'une manière foudroyante. Tout dépend de l'intensité de l'inflammation et de la rapidité de sa généralisation. C'est surtout dans cette forme d'accidents sympathiques que l'intervention doit être prompte. Le chirurgien n'a pas un instant à perdre. Dès qu'il a constaté l'existence de la douleur que nous avons décrite, l'injection des vaisseaux de la conjonctive avec coloration violacée et les autres symptômes du début, qu'il pratique immédiatement l'amputation du segment antérieur de l'œil sympathisant. S'il hésite, il se prépare de terribles déceptions.

La section partielle de l'œil pratiquée à temps lui donnera d'aussi bons résultats que l'énucléation au point de vue curatif. L'observation suivante prouve que l'énucléation peut quelquefois hâter la marche, des accidents au lieu de les arrêter.

OBSERVATION VI (même origine).

Irido-choroïdite de l'œil droit. Irido-cyclite sympathique du côté opposé. Enucléation de l'œil. Aggravation des accidents.

Mme M..., 55 ans, bonne constitution, se présente à la consultation le 17 août 1882. A la suite d'une iridectomie de l'œil droit pratiquée par le docteur Galopin, dans le but de combattre une irido-choroïdite, cet œil s'enflamma. Il y eut perforation de la cornée et suppuration. L'œil guérit, mais s'atrophia. Depuis cette époque, la malade a continuellement ressenti de vives douleurs dans cet œil. Il y a quatre jours, sans cause appréciable, le moignon s'est enflammé de nouveau ; mais presque en même temps la malade a éprouvé de très vives douleurs dans l'œil gauche, la vision s'y est rapidement affaiblie et la malade voit tout trouble.

A l'examen on constate, du côté droit, un globe atrophié, mais néanmoins assez volumineux, présentant les trois quarts inférieurs d'une cornée dépolie et une cicatrice à la partie supérieure.

Ce moignon est rouge, douloureux, inondé de larmes. Du côté gauche les paupières sont enflées, la conjonctive injectée et la sclérotique parcourue par des arborisations violacées, formant un cercle assez étendu autour de la cornée.

La malade accuse, dans cet œil, de très vives douleurs, surtout lorsqu'on appuie dessus, même très légèrement. L'acuité visuelle n'est plus que de 5/60. La malade voit des mouches volantes.

M. de Grandmont pratique l'énucléation, qui, loin d'être favorable, ne fait que hâter le développement de nouveaux accidents.

Trois jours après l'opération tous les troubles avaient augmenté dans l'œil gauche. L'examen ophthalmoscopique fit reconnaître une irido-cyclite avec hyaloïdite. Les milieux de l'œil furent promptement envahis par des dépôts plastiques et la vue abolie. Ce ne fut qu'après un traitement antiphlogistique énergique et l'application réitérée des mydriatiques joints à l'électricité que la malade recouvra assez de vision pour pouvoir se conduire seule.

Nous recommandons surtout au chirurgien de se garder ici de toute intervention chirurgicale dans l'œil sympathisé. L'irritation résultant du traitement de

l'opération ne ferait que provoquer une recrudescence inflammatoire.

Toutefois, si l'œil sympathisé est le siège d'un hypopion, dont la résolution se fait attendre longtemps, après la section partielle de l'œil sympathisant, on pourra pratiquer une paracentèse pour vider la chambre antérieure du premier œil, mais seulement lorsque la période aiguë sera terminée.

Lorsque les accidents sont plus avancés et que les exsudats ont envahi les membranes et les milieux de l'œil, l'affection continuera sa marche quoi qu'on fasse, jusqu'à la désorganisation complète de cet œil et l'énucléation comme l'amputation échoueront presque fatalement.

Il peut arriver que l'œil sympathisant conserve un reste de vision, tandis que celle-ci est absolument nulle dans l'œil sympathisé. Les lésions marchant souvent plus vite dans ce dernier.

Nous recommendons dans ce cas l'amputation du segment antérieur de l'œil sympathisé, comme pouvant rendre de grands services, pour la conservation de la vision que possède encore l'œil sympathisant.

C'est ce qu'a fait avec plein succès M. de Grandmont dans le cas suivant :

OBSERVATION VII (personnelle, même origine).

Ophthalmie sympathique phlegmoneuse de l'œil droit, consécutive à un traumatisme de l'œil gauche. Perte de l'œil sympathisé. Amputation du segment antérieur de cet œil. Amélioration de la vision dans l'œil sympathisant.

Jean M..., 64 ans, cultivateur, est malgré son grand âge d'une

bonne santé. Il reçut, il y a 12 ans, un éclat de pierre dans l'œil gauche. Depuis cette époque, la cornée avait conservé un peu d'opacité et l'acuité visuelle était notablement affaiblie de ce côté.

Nous voyons ce malade le 21 juin 1882 au dispensaire de M. de Grandmont. Il nous fait le récit suivant. Il y a 8 jours, il ressentit subitement de très vives douleurs dans l'œil droit. Il ne se préoccupa que fort peu de cet accident, espérant le voir disparaître comme il était venu. La nuit suivante fut agitée et le matin le malade constata que ses paupières étaient enflées et son œil très rouge. Il s'aperçut, en même temps, que sa vue se troublait et qu'il ne distinguait qu'avec peine les objets. Les paupières ne s'ouvraient que difficilement et il s'écoulait de l'œil d'abondantes larmes. Depuis 8 jours les douleurs et tous les autres phénomènes n'ont fait que s'accroître. Au moment où il se présente à la consultation c'est à peine s'il voit pour se conduire. Voici ce que nous révèle l'examen de ce malade. Du côté droit, les paupières sont considérablement œdématiées. Tout le globe oculaire est enflammé. La cornée est aux deux tiers sphacélée; elle présente une ulcération par laquelle il s'écoule une quantité considérable de liquide purulent. La vision est complétement abolie ; le malade souffre horriblement. A gauche, nous constatons une kératite ancienne avec nouvelle poussée inflammatoire, une cataracte commençante, et un ptérigion dont la pointe s'avance à deux ou trois millimètres sur la cornée.

L'iris qu'on peut voir à l'éclairage oblique est décoloré, dépoli. Il existe des synéchies postérieures. Le globe oculaire est le siège de douleurs assez vives et d'une tension assez forte. Cependant cet œil conserve encore un peu de vision.

En face d'une situation aussi grave, M. de Grandmont espérant sauver, chez ce malheureux, le peu de vision que possède l'œil primitivement lésé, lui propose de se laisser enlever l'œil qui est perdu. Le malade refuse ; mais il accepte l'amputation du segment antérieur de cet œil, que notre maître lui propose alors faute de mieux.

L'opération est pratiquée sur le champ.

On fait un pansement antiseptique et légèrement compressif. La nuit suivante est assez calme ; le malade a dormi un peu, ce qu'il n'avait pas fait depuis 8 jours.

Le lendemain les douleurs sont moins vives, les paupières sont affaissées. L'œil gauche est moins tendu, moins rouge, moins douloureux.

Les jours suivants l'amélioration continue, l'état général du malade est très satisfaisant.

Un mois après l'opération, la cicatrisation du moignon était complète, les douleurs et tous les phénomènes inflammatoires avaient disparu. La vision était augmentée dans l'œil gauche et le malade pouvait voir pour se conduire. Le 1er juillet, M. de Grandmont opère le ptérigion de l'œil gauche. Pas d'accidents. Etat général toujours très satisfaisant.

Le 19, une iridectomie est pratiquée sur ce même œil. Cette opération réussit très bien.

Grâce à cette pupille artificielle, le malade arrive à compter distinctement les doigts.

Nous lui présentons différentes pièces de monnaies; il les distingue toutes et indique leur valeur. Il va et vient de tous côtés, compte très bien les doigts d'une distance de 5 mètres, lit les gros caractères d'un journal. Le malade quitta la clinique le 4 août avec un beau moignon à droite et une vision suffisante à gauche pour lui permettre de vaquer à ses occupations ordinaires.

3. *Formes rares des accidents sympathiques.* — Nous venons de passer en revue les formes que les accidents sympathiques affectent le plus communément, formes qui par suite de leur fréquence ont été décrites comme des types classiques. Mais ces formes ne sont pas les seules. Il n'est pas une partie de l'œil qui puisse nécessairement echapper aux altérations d'origine réflexe.

Nous ne ferons que mentionner ici des formes qui pour ne se présenter que de loin en loin ne laissent pas quand même d'être intéressantes.

En 1864 Rheindorf signalait la kératite comme accident d'origine réflexe (1).

Plus tard Galezowski, Vignaux, Mooren, Dransart en ont cité des observations. Ce qui démontre surtout

(1) Loc. cit.

la nature réflexe des lésions de la cornée publiées par les auteurs précédents, c'est leur disparition à la suite de l'énucléation de l'œil primitivement lésé.

Ces lésions consistent en leucomes, phlyctènes, pannus, infiltration, ulcérations, perforation et même en fonte purulente de la cornée.

Généralement l'inflammation de l'iris accompagne celle de la cornée et l'on a bien plus souvent une irido-kératite qu'une kératite isolée.

Viennent ensuite dans le même ordre d'idées, les altérations de la rétine. Ces altérations sont peut-être plus fréquentes que ne semblent le faire croire les observations qu'on en a publiées.

Ces lésions se présentent, tantôt sous la forme d'une simple rétinite, tantôt sous forme d'atrophie et d'excavation de la papille.

La rétinite peut rester isolée, mais le plus souvent l'inflammation s'étend à la choroïde et l'on a une rétino-choroïdite. Rheindorf, Mooren, Dolbeau, de Graefe, Desmarres, Galezowski en citent des exemples.

Rondeau, de Graefe, Mooren, Horner, Desmarres, etc., ont publié des observations d'atrophie et d'excavation de la papille. On lira avec fruit un travail que Dransart (1) a fait sur le sujet qui nous occupe, en 1873. L'auteur cite huit observations appartenant aux différentes formes que nous venons de passer en revue. Vignaux a publié deux cas de décollement de

(1) Dransart. Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil. Paris, 1873.

la rétine et Boucheron un. Ce sont là des faits tout à fait exceptionnels et qui ne sont peut-être pas exempts de critique. Dans les cas de rétinite isolée, d'atrophie et d'excavation de la papille, de neuro-rétinite, le siège exclusif des manifestations est la papille.

Les milieux de l'œil restent transparents; l'ophthalmoscope seul peut faire reconnaître les altérations.

Quant au traitement nous avons vu que dans les cas de kératite et d'irido-kératite qui ont été publiés les lésions avait généralement cédé à l'influence de l'énucléation. Rien ne s'oppose à ce que l'amputation du segment antérieur ne puisse, dans ces cas, remplacer l'énucléation.

Nous n'avons malheureusement pas d'observation à citer à ce sujet; mais le cas échéant nous n'hésiterions pas à préférer l'amputation à l'extirpation totale de l'œil. Ledoux (1) a publié un certain nombre d'observations d'irido-kératite traitée par l'énucléation.

Nous n'hésiterions pas davantage à employer le traitement que nous préconisons, contre la rétinite simple et la choroï-rétinite.

S'il s'agit d'atrophie ou d'excavation de la papille et que la vision soit complètement abolie l'intervention chirurgicale devient superflue.

Si l'œil, au contraire, conserve un reste de vision, nous pensons que la section partielle de l'œil sympathisant pourra rendre de grands services. Afin de réveiller l'innervation et d'exciter la circulation du fond de

(1) Ledoux. Thèse de Paris, 1871.

l'œil, nous conseillons de faire suivre le traitement chirurgicale d'une injection tous les jours de nitrate-de pilocarpine, d'après la formule suivante :

Nitrate de pilocarpine cristallisée..	0 gr. 50 centig.
Eau distillée.....	5 gr.

Commencer par injecter trois gouttes de cette solution et ne pas dépasser huit gouttes.

TROISIÈME PARTIE

DE L'AMPUTATION DU SEGMENT ANTÉRIEUR DE L'ŒIL

Lorsque nous avons étudié, les différentes formes sous lesquelles peuvent se présenter les accidents sympathiques, nous avons cherché à bien préciser les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale. Nous n'y reviendrons pas. Ce que nous nous proposons dans cette dernière partie c'est de faire une étude approfondie du traitement que nous avons préconisé tant au point de vue prophylactique que curatif des acicdents sympathiques.

C'est à Taylor que nous sommes redevables de l'idée première si non complète de l'amputation du segment antérieur de l'œil. Considérant le traitement proposé par Richard comme trop radical et le plus souvent inutile, le chirurgien anglais le repousse absolument. Pour lui l'ablation partielle ou totale de la cornée est largement suffisante ; dans tous les cas d'ophthalmie sympathique. L'auteur rapporte huit observations de cette affection traitée et guérie par ce procédé.

Watson, après Taylor, repousse également l'énu-

cléation, et complète l'idée de son prédécesseur en pratiquant l'excision de la cornée avec ablation du cercle ciliaire. L'iridectomie était alors en pleine période d'engouement ; l'énucléation elle-même était délaissée. Le procédé de Watson passa inaperçu. L'enthousiasme pour l'iridectomie fut de courte durée.

Les résultats souvent désastreux auxquels on aboutissait à l'aide de ce procédé, le firent rapidement tomber dans l'oubli.

On revint à l'énucléation à outrance. Il y eut alors de véritables hécatombes d'yeux.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ce procédé considéré par la plupart des auteurs comme le vrai spécifique de l'ophthalmie sympathique.

Attachons-nous pour le moment à faire ressortir les mérites de l'amputation du segment antérieur de l'œil, si injustement relégué dans le domaine de l'oubli.

Pour qu'un procédé opératoire soit reputé bon, il doit répondre au quatre conditions suivantes :

1° Que la raison d'être de ce procédé soit fondée sur une donnée physiologique.

2° Que cette opération soit aussi bénigne et d'une exécution aussi facile que possible.

3° Qu'elle soit, pour l'affection contre laquelle on la propose, d'une efficacité au moins aussi grande que les traitements déjà en vigueur.

4° Qu'elle présente, sur ces mêmes traitements au moins un avantage marqué.

Voyons dans qu'elle mesure l'amputation partielle de l'œil répond à ces conditions.

1° Nous trouvons la raison d'être de ce procédé opé-

ratoire dans le point de départ même des accidents sympathiques. Nous avons vu, en effet, lorsque nous avons étudié la pathogénie de ces accidents que les nerfs ciliaires étaient leur voie de transmission. Nous avons vu également que dans les 4/5 des cas ces accidents débutaient par le tractus uvéal. Nous avons donc dans ce fait de physiologie pathologique une première indication.

Connaissant le point de départ le plus ordinaire du processus irritatif, connaissant le chemin qu'il doit parcourir, nous ferons chose absolument rationnelle, en supprimant le foyer de l'excitation, en interceptant la voie de communication. *Sublata causa tollitur effectus.* C'est ce que fait l'amputation du segment antérieur de l'œil.

Les faits cliniques viennent également à l'appui de cette opinion. Nous avons dit antérieurement pourquoi on n'observait presque jamais les accidents sympathiques à la suite d'une choroïdite purulente ; alors qu'ils étaient très fréquents dans la choroïdite simplement inflammatoire. Nous avons dans la richesse nerveuse de la cornée l'explication des heureux résultats obtenus par Taylor à la suite de la seule excision de cet membrane.

Les observations d'accidents sympathiques très prononcés, disparaissant à la suite de la destruction par suppuration de l'iris, de la cornée, ne sont pas rares. Le cas suivant en est un exemple frappant.

OBSERVATION VIII (personnelle, même origine).

Panophthalmite gauche dans un moignon ancien. Troubles sympathiques de l'œil droit. Disparition de la cornée et de l'iris par suppuration à gauche. Guérison consécutive des accidents réflexes à droite.

Mlle B.., 34 ans, maraîchère, antécédents scrofuleux, jouissant actuellement d'une bonne santé, a perdu l'œil gauche, il y a 12 ans, à la suite d'une piqûre de mouche. Cet œil, malgré la perte de la vision, avait gardé sa consistance, sauf une légère diminution de volume; la cornée présentait son aspect normal, à part une petite taie. Le 8 avril 1882, cette femme est atteinte d'un érysipèle de la face. Aussitôt l'œil phthisique s'enflamme. Nous trouvons le lendemain la malade à la consultation de M. de Grandmont. Voici ce que nous révèle son examen. Toute la face présente la rougeur et le gonflement caractéristiques de l'érysipèle. Les symptômes sont plus marqués à gauche. Les paupières de ce côté sont œdématiées et laissent couler d'abondantes larmes. Le globe oculaire est rouge, gonflé, les vaisseaux de la conjonctive forment un bourrelet saillant autour de la cornée. Celle-ci est dépolie et présente une ulcération centrale tendant à s'agrandir. La malade accuse la sensation de battements douloureux et profonds. La plus légère pression sur le globe est excessivement douloureuse. Le lendemain, ces phénomènes sont plus accentués, la tension oculaire est augmentée. Un vaste hypopion occupe la chambre antérieure, qui est vidée à l'aide de la paracentèse. Le lendemain, la malade accuse de vives douleurs et un affaiblissement de la vision du côté droit. L'hypopion est reformé à gauche, la tension oculaire est encore augmentée, la cornée menace de se perforer. A droite, l'œil est douloureux surtout à la pression, la vision est troublée, il existe de la photophobie. A l'éclairage oblique, la chambre antérieure paraît agrandie, la cornée présente quelques points dépolis; l'iris est un peu décoloré, se contracte difficilement, et la tension intra-oculaire légèrement augmentée. En présence de ces accidents sympathiques graves, M. de Grandmont propose à la malade de lui enlever l'œil gauche; elle refuse l'opération. L'amputation du segment antérieur, qu'on lui propose alors, ne lui sourit pas davantage. Malgré les avis qui lui sont réitérés, la malade s'obstine à vouloir attendre. Nous nous

attendions à la voir revenir le lendemain, privée de ses deux yeux. Aussi qu'elle fut notre surprise, lorsqu'elle nous dit, d'un air joyeux, qu'elle ne ressent plus rien dans l'œil droit.

Après avoir enlevé le pansement qui recouvrait les deux yeux, nous constatons ce qui suit. La cornée du côté gauche présente une large perforation à bords déchiquetés ; des lambeaux de l'iris détruit par la suppuration s'échappent par cette ouverture, à travers laquelle s'est déjà vidée la chambre antérieure. La rougeur de l'œil gauche est à peine marquée, la tension intra-oculaire diminuée. L'iris se contracte avec plus de facilité, la vision ne paraît plus troublée. Tous ces phénomènes s'amendent peu à peu, et, vers le 10e jour, il n'en reste plus trace. La cornée, l'iris, le corps ciliaire et le cristallin ont disparu en quelques jours, à gauche, emportés par la suppuration. L'élimination étant terminée, la cicatrisation s'est faite et, un mois après, la malade restait avec un moignon très propre à la prothèse. Nous avons revu tous les deux mois cette malade, qui porte maintenant un appareil artificiel masquant très bien sa difformité. Jamais elle n'a éprouvé le moindre phénomène insolite.

Ce fait démontre suffisamment ce que peut la disparition du tractus uvéal pour la guérison des accidents sympatiques. L'amputation du segment antérieur est donc une opération rationnelle, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique.

2° Est-elle une opération grave ?

Pour montrer l'innocuité de cette opération il nous suffira de citer des faits.

Taylor a pratiqué huit fois l'excision totale ou partielle de la cornée et n'a pas eu un seul accident à déplorer.

Watson n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

Depuis 1864 Desmarres à pratiqué près de 120 fois la section partielle de l'œil. — Pas une complication grave.

Després en 1875 à l'hôpital Cochin a pratiqué quatre fois cette opération et en a obtenu de si bons résultats, que nous avons souvent entendu cet habile opérateur

répéter que l'énucléation de l'œil était le plus ordinairement inutile ; l'amputation satisfaisant à toutes les conditions au delà de ce qu'on peut désirer.

Pour les cas que nous avons colligés dans ce travail, il n'y a jamais eu le moindre accident à déplorer. Nous verrons s'il en sera de même pour l'énucléation.

Nous pouvons donc dire que cette opération est essentiellement bénigne.

Quant au manuel opératoire il est infiniment plus simple et d'une exécution autrement facile que l'énucléation.

Dans l'amputation, le chirurgien agit avec plus de certitude, opérant sur une région saillante et toujours accessible à ses instruments. Il voit ce qu'il retranche et sait ce qu'il laisse.

L'opération n'est pas douloureuse, elle peut très bien, à moins que le malade ne l'exige, être faite sans anesthésie. Quiconque a vu faire deux ou trois fois l'opération est à même de la faire. Les procédés opératoires peuvent varier beaucoup.

Nous allons donner celui qui est employé par notre maître dans sa pratique journalière et qui est remarquable par sa simplicité.

Il comprend trois temps.

1er *Temps.* — Le malade étant couché sur le lit d'opération le chirurgien placé à la tête du lit, les paupières sont maintenues écartées à l'aide du blépharostat. Il est préférable de se servir de cet instrument que d'avoir recours aux doigts d'un aide car la plus légère pression exercé, par megarde, sur le globe oculaire,

peut au moment de la taille du premier lambeau provoquer la brusque sortie du corps vitré.

Le blépharostat étant en place, le chirurgien saisit avec la pince à fixation, tenue de la main gauche, un pli de la congonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival, à la partie inférieure du globe. Il renverse légèrement celui-ci en dedans s'il s'agit de l'œil droit, en dehors s'il s'agit de l'œil gauche. S'armant alors du couteau de Beer, tenu de la main droite, le tranchant regardant en haut, il fait une première ponction en dehors pour l'œil droit, en dedans pour l'œil gauche au niveau du diamètre horizontal, à 2 ou 3 millimètres en arrière du limbe sclérotical.

Cette ponction faite, et après s'être assuré que le couteau est bien derrière l'iris, il pousse celui-ci hardiment et fait une contre-ponction au point diamétralement opposé. Le couteau, étant solidement maintenu dans un plan vertical, parallèle à l'iris, il taille par petits mouvements de va-et-vient un premier lambeau occupant la moitié de l'hémisphère antérieur du globe. Si le chirurgien était également habile de la main droite et de la main gauche, il pourrait toujours pratiquer la section de dehors en dedans, le couteau étant tenu de la main droite pour l'œil droit, de la main gauche pour l'œil gauche, les pinces à fixation inversement ; l'œil toujours renversé légèrement en dedans.

Deuxième temps. — Une fois la section du premier lambeau terminée, on enlève la pince à fixation et on laisse reposer quelques instants le malade. Saisissant

ensuite, avec la pince à fixation, le lambeau ainsi taillé par son sommet, on l'abaisse sur le lambeau inférieure.

Troisième temps. — On porte alors le couteau, tenu de la main droite, au point d'intersection des deux lambeaux, le tranchant du couteau regardant en bas. On taille le lambeau inférieur sans précipitation et par de petits mouvements de va-et-vient.

Si le couteau est bien maintenu dans le plan vertical la section sera toujours très nette.

On peut se servir de ciseaux pour la taille du lambeau inférieur; mais la section n'est pas aussi nette avec cet instrument. Si l'humeur vitrée n'est pas ramollie, il n'y a aucun danger qu'elle ne s'échappe. Aussitôt après la section du deuxième lambeau, le blépharostat est enlevé avec précaution et les paupières venant s'abattre sur le moignon, le compriment et il ne peut se vider. On recommande au malade de tenir les paupières exactement fermées. Le sang et les liquides qui s'écoulent ayant été soigneusement épongées, on applique sur l'œil un pansement consistant en une rondelle de gaze, recouverte d'une certaine quantité d'ouate. Une pincée d'acide borique est déposée sur la surface de l'ouate en regard de l'œil. Ce petit pansement est maintenant en place à l'aide d'une bande de flanelle d'environ 4 mètres de longueur, qu'on serre modérément de manière à exercer sur le moignon une légère pression.

La douleur qui suit l'opération n'est pas très vive et se dissipe assez rapidement. Ce premier pansement

est laissé en place pendant vingt-quatre ou trente-six heures, puis renouvelé tous les jours après que les paupières ont été lavées et épongées, cela jusqu'à la cicatrisation de la plaie, durant en moyenne trois septénaires.

Dès les premiers jours le corps vitré se recouvre d'une espèce de magma fibrineux parsemé de stries sanguines. Ce magma d'abord très délié, s'organise peu à peu en tissu cicatriciel et recouvre complètement le corps vitré.

Le plaie se rétrécit concentriquement et en trois septénaires, un mois au plus, la guérison est complète.

Le moignon est alors assez résistant pour permettre l'application d'un appareil artificiel. Toutefois nous conseillons d'attendre au moins un mois après la guérison définitive pour faire la prothèse. Ce temps est nécessaire à la rétraction complète du moignon. Si l'on se hâte trop dans l'applicotion d'un appareil prothétique, la rétraction consécutive du moignon rendra cette application défectueuse par suite de l'insuffisance de l'appareil.

3° L'amputation du segment antérieur de l'œil sympathisant est-elle aussi efficace que les traitements déjà existants ?

L'efficacité de la section partielle de l'œil, soit comme traitement préventif, soit comme traitement curatif des accidents sympathiques est incontestable. Nous n'en voulons pour preuve que les cas dans lesquels ce traitement a été employé :

Taylor, sur 8 cas d'accidents sympathiques traités

par la simple excision de la cornée, obtient 8 succès.

Watson a signalé également autant de succès qu'il a pratiqué de fois la section partielle du globe.

Desmarres, de 1864 à 1881 a pratiqué 115 fois l'amputation du segment antérieur de l'œil et presque toujours il a obtenu une guérison complète.

Chuffart (1), dans sa thèse inaugurale, rapporte 8 observations d'accidents sympathiques, de toute nature, recueillies à la clinique de M. Desmarres et dans le service de M. Després à l'hôpital Cochin. Dans tous ces cas l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil primitivement atteint a amené une guérison complète.

Si nous ajoutons à cette statistique déjà si probante, les 6 observations que nous publions et dans lesquelles les antécédents sympathiques ont cédé 5 fois devant ce traitement, il nous sera permis de demander si, en présence de pareils résultats, quelqu'un oserait contester l'efficacité du traitement que nous préconisons. Nous verrons, par la statistique, également que l'efficacité de l'énucléation ne peut pas reposer sur des résultats plus probants.

4° Quels sont les avantages que présente l'amputation du segment antérieur de l'œil ?

Ces avantages sont innombrables. Outre ceux déjà énumérés simplicité et facilité d'exécution de ce procédé opératoire, efficacité incontestable, il en est d'autres qui ne sont pas moins importants.

D'abord cette opération effraye moins le malade que

(1) Chuffart. Thèse de Paris, 1881.

l'énucléation ; elle est plus facilement acceptée et partant le médecin aussi bien que le malade sont avec elle exposés à moins de déceptions. Pendant que les malades discutent, hésitent, attendent, les accidents marchent, et lorsque les malades sont disposés à accepter l'opération, il est malheureusement souvent trop tard. Le malade cède toujours quand on lui fait pressentir le danger qu'il court et les avantages que présente la section partielle de l'œil. Cette opération devrait être pratiquée sur une plus vaste échelle ; ce serait peut-être le seul moyen de diminuer les opérations curatives.

L'amputation bien faite a l'avantage de laisser au malade un moignon avec tous ses muscles. Ceux-ci agissent sur ce moignon comme sur l'œil complet, en sorte que les mouvements de cet organe sont isochrones à ceux de l'œil sain. Un appareil artificiel bien conditionné, s'adaptant exactement à ce support, sera entraîné par celui-ci et jouira de tous les mouvements de l'autre œil. Les paupières sont soulevées et soutenues par l'appareil comme par l'œil lui-même ; la difformité de l'œil opéré se trouve ainsi complètement masquée ; et la physionomie conserve ses formes et son harmonie. C'est là un avantage énorme et que la coquetterie chez certaines personnes ferait passer avant bien d'autres. La gêne qui est inhérente à toute prothèse est moins grande pour le malade qui porte un moignon, et l'est d'autant moins que le moignon est plus volumineux. L'œil artificiel a besoin d'être renouvelé en moyenne tous les trois ans.

Une bonne prothèse exerce toujours une salutaire influence sur l'œil sain.

Nous allons maintenant passer en revue les autres traitements employés contre les accidents sympathiques et voir dans quelle mesure ils répondent aux conditions que nous avons énumérées à propos de la section de l'hémisphère antérieur du globe.

Nous laisserons de côté le traitement antiphlogistique, employé autrefois, à défaut d'autre. Nous ne ferons que rappeler pour mémoire la tentative de provocation de fonte purulente de l'œil à l'aide du séton; traitement préconisé par de Graefe, aujourd'hui abandonné. Nous avons dit déjà ce qu'il fallait penser de l'iridectomie, nous n'y reviendrons pas.

Nous abordons tout de suite la discussion d'un traitement plus nouveau. Nous voulons parler de la section des nerfs ciliaires.

L'idée de la section des nerfs ciliaires fut émise pour la première fois, en 1866, par Rondeau (1) dans sa thèse. Cette proposition passa inaperçue. Meyer, sur l'avis de de Graefe, pratiqua la section des nerfs ciliaires dans l'intérieur du globe. Ce procédé qui laisse intact un grand nombre de nerfs ciliaires, ne peut donner la certitude d'arrêter les phénomènes sympathiques; car les nerfs qui auront été épargnés resteront des voies de transmission du processus irritatif.

L'auteur lui-même l'a compris, car il n'a jamais osé tenter cette opération dans l'ophthalmie aiguë; tout

(1) Loc. cit.

au plus s'en est-il servi dans des cas où une douleur ciliaire reconnaissable, au toucher, précisait le point de départ de l'irritation. Ce moyen est donc absolument insuffisant. Ce n'est, comme le fait observer judicieusement M. Panas, qu'une paracentèse.

Plus mauvais encore est le procédé de Snellen qui consiste à couper partiellement les nerfs ciliaires en arrière de l'œil.

En 1876, Boucheron (1), partisan de la propagation des accidents sympathiques par les nerfs ciliaires et par le nerf optique, se fait le défenseur d'un procédé nouveau qui consiste dans la section des nerfs ciliaires, du nerf optique et l'artère centrale de la rétine.

Nous renvoyons pour la description du manuel opératoire à la *Gazette médicale de Paris* (9 décembre 1876). Quoique le procédé de Boucheron soit plus rationnel que ceux de Meyer et de Snellen, on se tromperait fort si l'on attendait les résultats que l'auteur semble vouloir nous faire envisager.

Tout d'abord, M. Boucheron indique la conservation du globe oculaire comme la règle.

Nous nous permettrons de n'être pas du même avis. Si les expériences entreprises par Boucheron, au laboratoire de physiologie, sur des chiens, des lapins, des cochons d'Inde lui ont donné de bons résultats, il n'en a pas été de même pour Redard (2).

(1) Boucheron. De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique substituée à l'énucléation. Mémoire lu à la société de biologie, 25 juin 1876.

(2) Redard. De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, thèse de Paris, 1879.

Presque toutes les expériences entreprises par ce dernier au laboratoire de physiologie ont abouti à des résultats négatifs, soit par suite d'atrophie de l'œil, soit par suite de perforations, d'ulcères et d'abcès de la cornée. Cl. Bernard, dans une expérience analogue obtint la perforation de la cornée.

Les faits cliniques ne sont guère plus probants. L'année même où Boucheron décrivit son procédé il eut occasion de le mettre à exécution chez un malade du service de M. Gillette à l'hôpital temporaire. Il s'agissait d'une iridocyclite avec névralgie intense. Trente-six heures après l'opération, survint une hémorrhagie, qui fut elle-même promptement suivie de la fonte purulente de l'œil.

De 1876 à 1877, Dianoux, de Nantes (1), a pratiqué plusieurs fois cette opération. Redard, dans sa thèse, cite quatre observations de cet auteur, se rapportant à la section optico-ciliaire, dans le but d'arrêter des troubles réflexes. Dans deux cas il y eut strabisme persistant ; dans deux cas, diminution du volume du globe oculaire. Dans tous les cas, l'œil perdit de sa consistance. Landesberg (2), en 1869, pratiqua la section opticociliaire, les accidents sympathiques persistèrent et il dut recourir à l'énucléation.

Nous trouvons encore dans la thèse de Redard dix observations dues à Schœler, de Berlin (1). Dans tous

(1) Dianoux. De l'énervation du globe de l'œil, journal de médecine de l'Ouest, 1er trimestre 1879.

(2) Landesberg. Archiv. für ophthalmologie, 1869.

(3) Schœler, Jahresbericht, in Jahre 1877, Berlin, 1878.

ces cas la névrotomie optico-ciliaire avait été entreprise comme traitement préventif de l'ophthalmie sympathique; il y eut 9 guérisons, mais on observa comme complications: des exophthalmies, des hémorrhagies, des ulcérations et des opacités de la cornée et constamment une diminution du volume du globe oculaire.

Peut-on dire que ce sont là des cas vraiment heureux. Des observations dues, à Dor, de Lyon, Meyer et Abadie, colligées dans la thèse du même auteur, laissent toutes à désirer sous le rapport des résultats.

Indépendamment des résultats pour la plupart négatifs, dus à ce procédé, celui-ci présente de nombreux inconvénients.

Il faut d'abord signaler la difficulté qu'on peut rencontrer à séparer la conjonctive du globe oculaire, dans le cas où une inflammation a amené des adhérences entre cette membrane et le globe oculaire.

On peut perforer la sclérotique, comme cela est arrivé à Redard, dans ses expériences physiologiques. Il est extrêmement difficile de bien guider derrière le globe l'instrument tranchant. L'on ne sait souvent pas ce que l'on coupe, et les muscles grand et petit obliques et droit sépérieur très voisins du nerf optique peuvent être compris dans la section. Aussi bien peut-on laisser échapper certains nerfs ciliaires, à travers lesquels le processus morbide continuera sa marche. Il faudra recourir à une nouvelle opération.

Presque toujours il survient une hémorrhagie rétrobulbaire après la section. Cette hémorrhagie peut, dans certains cas, affecter un caractère grave.

Pflüger, Derby regardent l'hémorrhagie rétro-bulbaire comme pouvant déterminer l'ophthalmie sympathique.

En 1880, le Dr Landolt ayant pratiqué l'énervation pour des douleurs névralgiques intenses avec commencement d'accidents sympathiques, il survint une hémorrhagie abondante. Les phénomènes s'étant aggravés, le chirurgien procéda à l'énucléation. M. Poncet de Cluny qui fit l'examen histologique du moignon tira, de cet examen, les conclusions suivantes : « Il est certain que l'énervation n'a pas arrêté la marche des accidents. Cette opération pratiquée un mois après l'invasion des premières douleurs n'a pas été suivie d'apaisement.

« Il faut même reconnaître que les *délabrements constatés sur cet œil énervé dépassent ceux qu'on rencontre d'habitude dans les bulbes en voie d'atrophie.*

« Le décollement de la membrane de Descemet, la suppuration généralisée de tout le tractus irido-choroïdien, les hémorrhagies, la séparation totale de la rétine dans son pédicule optique, sont des faits rares, indiquant une intensité inflammatoire, une abondance d'exsudats purulents peu ordinaire. L'origine de cette suppuration est clairement indiquée par la purulence des vaisseaux ciliaires. Le mal est parti du lieu primitif de la section optico-ciliaire. *Cette opération a été un coup de fouet donné à la suppuration du bulbe.*

« Nous avons dans ce cas, continue le savant histologiste, une confirmation malheureusement trop précise *des dangers de cette méthode* ; dangers que nous

avons déjà signalés par des recherches expérimentales (1). »

Les partisans de la section optico-ciliaire viendront-ils nous dire après cela que cette opération est absolument inoffensive ?

Nous dirons enfin, en terminant cette discussion, que si, comme le prouvent les expériences physiologiques, la régénération nerveuse a lieu dans un temps plus ou moins éloigné, les résultats de l'opération, fussent-ils excellents, ne seront que temporaires. Les accidents reparaîtront lorsque la réunion des nerfs sectionnés aura eu lieu ; le but qu'on se proposait sera manqué. C'est ce qui explique pourquoi, dans 60 névropathies observées par Moren, le mieux n'a été que passager.

Nous concluons que la section optico-ciliaire quoique rationnelle ne présente ni la simplicité ni l'innocuité, ni l'efficacité, ni les avantages qu'on est en droit d'exiger d'une bonne opération.

Nous allons terminer notre travail par la discussion et la critique du procédé opératoire qui passe encore aujourd'hui, pour la plupart des chirurgiens, comme le spécifique des accidents sympathiques.

L'énucléation remonte à Prichar en 1854. Cet auteur fit paraître (dans l'Association medical journal) les résultats de 20 cas d'ophthalmie sympathique traités et guéris par l'énucléation. L'iridectomie régnait alors en souveraine, les auteurs ne prêtèrent qu'une

(1) Poncet de Cluny. Archives d'Ophthalmologie, n° 2, 1881.

médiocre attention aux idées de Prichard. Mais bientôt l'iridectomie tombait et l'énucléation sortait avec fracas de l'ombre. En peu de temps cette opération eut conquis toutes les faveurs de la chirurgie. A un moment ce ne fut pas seulement de l'enthousiasme qu'on montra à son endroit ce fut un véritable délire. On voyait des accidents sympathiques partout, on les redoutait là où ils n'auraient jamais existé. On sacrifiait sans pitié de malheureux yeux qui n'avaient rien fait pour mériter une pareille injustice.

Tout œil traumatisé était un organe appelé à devenir nuisible, il fallait se prémunir contre lui. On possédait un moyen sûr, c'était de l'extirper. Sans autre forme de jugement, le malheureux était excuté. On comprend dès lors les résultats plus que merveilleux dont bénéficia l'énucléation dirigée contre des accidents qui n'existaient que dans l'imagination de certains chirurgiens. En Allemagne surtout, c'était comme le dit Schweiger, de véritables extravagances.

En France on fut plus réservé. Les observations cliniques devaient d'ailleurs faire insensiblement justice de toutes ces exagérations. L'intervention armée perdit peu à peu du terrain, et l'humanité y gagna. Dans ces derniers temps, un certain nombre de chirurgiens se sont justement élevés contre les prétentions souvent ridicules des partisans de l'énucléation.

Les nombreux échecs de cette opération, surtout dans les cas d'ophthalmie sympathique à forme plastique, n'ont pas peu contribué à ruiner une partie de sa réputation usurpée.

Malgré ces tendances rétrogrades, l'énucléation reste

encore pour le plus grand nombre des chirurgiens une arme offensive et défensive redoutable.

Loin de nous la pensée de chercher à faire proscrire cette opération ; son utilité est incontestable pour certains cas. Ce que nous voulons, c'est faire voir qu'on a exagéré l'importance de ce procédé opératoire et que dans la plupart des cas il peut être avantageusement remplacé par le procédé que nous préconisons.

Nous ne discuterons pas la raison d'être de cette opération au point de vue physiologique elle est incontestable.

Mais l'énucléation est-elle une opération aussi inoffensive que le veulent certains auteurs, parmi lesquels on peut citer : Galezowski, Meyer, Abadie, Wecker, Varlomont?

Nous nous permettrons avec Schweiger, Verneuil et Mauthner, d'être d'un avis différent.

Les partisans de l'énucléation ne donnent aucun chiffre; c'est à nous de leur en fournir. Nous avons entendu M. Verneuil dire qu'il était très avare de l'énucléation.

Nous comprenons la réserve de l'éminent chirurgien de la Pitié, lorsque nous voyons l'énucléation donner, entre des mains aussi expérimentées, sur 6 opérés, un cas de mort, un cas de tétanos et des abcès de la paupière.

Aussi Verneuil a-t-il cherché à remplacer ce mode de traitement par l'occlusion permanente des paupières à l'aide de la blépharorrhaphie. Il cite deux cas favorables à ce procédé (1).

(1) Verneuil. Gazette hebdomaire des hôpitaux, 9 janvier 1874.

Schweiger considère l'énucléation comme une opération très grave.

Le docteur Mauthner, professeur à l'Université de Vienne, dont le nom fait aujourd'hui autorité en matière d'ophthalmie sympathique dit, en parlant de l'énucléation : (Précis sur les méthodes générales d'ophthalmologie à l'usage des élèves et des médecins, par le docteur Mauthner de Vienne.) « Pour moi je considère l'extirpation de l'œil comme superflue.

« On a fait des hécatombes d'yeux dont l'ophthalmologie s'est lavé les mains en recouvrant l'énucléation d'un manteau philanthropique. »

Discutant un peu plus loin les inconvénients de cette opération, l'auteur continue :

« Le pire des dangers qui peuvent suivre l'énucléation faite même avec les plus grands ménagements, c'est la mort. De Graefe a vu la mort survenir deux fois à la suite de l'énucléation faite dans la période d'une panophthalmite purulente. D'autre part on a vu la mort survenir après l'énucléation du globe sans panophthalmite, comme le prouvent les observations de Horner, Pugenstecher, Just, Verneuil et Vignaux.

La mort est survenue par une méningite, comme l'autopsie l'a démontré pour les cas d'Horner, Pagenstecher et Verneuil.

Le professeur de Vienne (1) cite également une observation personnelle d'un cas de mort à la suite de l'extirpation du globe.

(1) Mauthner. Die sympathischen augenlsiden. Vienne, 1881.

Vignaux, sur 207 observations, a noté 2 fois la mort à la suite de l'énucléation.

Les hémorrhagies et les phlegmons du fond de l'orbite ont été assez fréquemment notés comme complications de l'énucléation. Il est permis de se demander, après ces exemples, si nous avons là une opération aussi inoffensive qu'on s'est plu à le dire.

Est-ce une opération d'une exécution facile ?

La section des muscles, la facilité avec laquelle on peut ouvrir l'aponévrose orbito-oculaire demandent une main plus expérimentée que pour l'amputation. Le manuel opératoire est plus long que pour cette dernière. L'anesthésie est indispensable.

Quant à son efficacité, elle n'est pas aussi grande qu'on l'a dit. Ce qui a contribué beaucoup autrefois à faire sa réputation, c'est que très souvent on a mis sur le compte de cette opération, faite d'une manière préventive, l'absence d'accidents sympathiques, alors que celle-ci bénéficiait des cas où ces accidents ne se seraient pas developpés.

Les affections réflexes ne se développent que dans une moyenne de 15/100. L'énucléation a été pratiquée bien au delà de cette moyenne.

Voici quelques chiffres concernant l'efficacité de ce traitement :

Sur les 36 observations du tableau de la thèse de Reclus, l'énucléation a été pratiquée 25 fois. On a obtenu 17 fois la guérison des accidents, 5 fois une amélioration ; 3 fois les phénomènes après un arrêt momentané ont repris leur marche jusqu'à la cécité.

Sur les 25 observations inédites de la même thèse,

l'énucléation a été pratiquée 20 fois : 12 fois avec guérison, 4 fois avec amélioration; 4 fois les accidents ont continué leur marche et abouti à la cécité.

Sur 9 cas publiés dans la thèse de Laqueur, l'énucléation a été faite 4 fois, 1 fois avec amélioration, 3 fois sans succès.

Sur 4 observations de Lawson rapportées dans la thèse de Rondeau, l'énucléation a été faite 4 fois. 2 fois guérison ; 2 fois les accidents ont continué leur marche jusqu'à la cécité.

Sur 33 énucléations contre des accidents sympathiques purement fonctionnels, Rossander a obtenu 33 guérisons ; Mooren, 16 guérisons sur 16 énucléations ; Rossander, 17 sur 18 ; Vignaux, 43 sur 48.

Dans les cas de lésions matérielles graves telles que l'irido-choroïdite plastique, sur 42 énucléations, Vignaux donne 17 guérisons ou améliorations, 27 aggravations.

Mooren, sur 15 cas, 9 cas de guérison ou amélioration, 6 cas de cécité.

Meyer, sur 61 cas, 20 guérisons ou améliorations, 41 aggravations ou cécité.

De cette statistique et de nos autres recherches nous pouvons tirer cette conclusion que la guérison des accidents sympathiques par l'énucléation est la règle lorsque ces accidents sont bornés à de simples troubles fonctionnels, que la proposition doit être renversée lorsqu'il s'agit de troubles avec lésions matérielles graves. Nous avons pu nous convaincre également, d'après nos recherches, que cette règle pouvait s'appliquer de point en point à l'amputation du segment

antérieur de l'œil primitivement lésé. A part les cas de phlegmon de l'œil sympathisant, où l'hémisphère postérieur sera nécessairement entraîné par la suppuration ;

A part les cas où un corps étranger détermine par sa présence dans le globe des phénomènes irritatifs, et qu'il est situé trop profondément pour pouvoir être extrait par la section de l'hémisphère antérieur ;

A part les cas où des coques osseuses ou des dépôts calcaires déterminent dans le globe des symptômes d'irritation menaçant l'autre œil ; à part ces cas où nous conseillons l'énucléation, l'efficacité de l'amputation pour tous les autres cas ne le cède en rien à l'efficacité de l'énucléation. Quant aux inconvénients de l'énucléation, ils sont nombreux.

Cette opération effraie toujours les malades. Ils ne l'acceptent que très difficilement, et cette répugnance instinctive présente le grave inconvénient de faire souvent perdre un temps précieux et de compromettre quelquefois le résultat de l'intervention.

L'extraction du globe laisse la cavité orbitaire presque vide. Il est impossible même avec un appareil artificiel très bien conditionné de combler une cavité aussi vaste. Il en résulte un affaissement des paupières avec atrophie correspondante de la face. L'appareil artificiel ne peut que cacher incomplètement la mutilation subie par le malade. Il reste à peu près immobile, et, par conséquent, nuit à l'harmonie des formes et à l'aspect de la physionomie.

Nous avons vu que ces inconvénients n'existent pas après une amputation bien faite.

Il survient plus fréquemment des hémorrhagies après l'énucléation qu'après l'amputation. Ces hémorrhagies sont, le plus souvent, sans gravité ; mais il peut se former un caillot sanguin volumineux qui, par sa présence, provoque une inflammation, une suppuration, un phlegmon. Ces complications peuvent entraîner la cicatrisation en longueur et rendre la prothèse difficile, parfois même impossible.

CONCLUSIONS.

Nous pouvons résumer les conclusions à tirer de l'étude à laquelle nous nous sommes livré, en ces quelques mots :

L'amputation du segment antérieur de l'œil peut être substituée à l'énucléation, comme traitement préventif et curatif des accidents sympathiques, dans tous les cas, à l'exception de trois que nous venons de faire connaître.

Nous sommes persuadé que, si les chirurgiens veulent accorder, à l'opération si simple, si inoffensive, si efficace et si conservatrice que nous proposons, tout l'intérêt qu'elle mérite, dans la majorité des cas, l'énucléation aura vécu.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des os des membres supérieurs.

Physiologie. — Des mouvements réflexes.

Physique. — Baromètre. Effet de la pression atmosphérique sur l'homme. Ventouses.

Chimie. — Des acides, de leur constitution ; des acides mono, bi, polybasiques.

Histoire naturelle. — Quest-ce qu'un pachyderme? Comment les divise-t-on? Quels produits fournissent-ils à l'art de guérir.

Pathologie externe. — Des psendarthroses consécutives aux fractures.

Pathologie interne. — De la fièvre synoque.

Pathologie générale. — De la prédisposition morbide.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Des altérations de l'urine,

Médecine opératoire. — De l'opération de la pupille artificielle. Comparaison des procédés par déplacement; incision, enclosement.

Pharmacologie. — De la distillation. Des eaux distillées ou hydrolats. Comment les obtient-on?

Thérapeutique. — De l'absorption des médicaments.

Hygiène. — De l'exercice musculaire.

Médecine légale. — De la valeur des expériences physiologiques pour constater la présence du poison.

Accouchements. — Du palper abdominal. Sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des positions et des présentations.

Vu : le président de la thèse,
PANAS.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.